

**ODALÉA MARIA BRÜGGEMANN**

---

---

**O APOIO À MULHER NO NASCIMENTO  
POR ACOMPANHANTE DE SUA ESCOLHA:  
ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

---

---

**Tese de Doutorado**

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARY ANGELA PARPINELLI  
CO-ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA JOSÉ DUARTE OSIS**

**UNICAMP  
2005**

**ODALÉA MARIA BRÜGGEMANN**

---

---

**O APOIO À MULHER NO NASCIMENTO  
POR ACOMPANHANTE DE SUA ESCOLHA:  
ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

---

---

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARY ANGELA PARPINELLI  
CO-ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA JOSÉ DUARTE OSIS**

**UNICAMP  
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B833a

Brüggemann, Odaléa Maria

O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa. / Odaléa Maria Brüggemann. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientadores: Mary Angela Parpinelli, Maria José Duarte Osis  
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Apoio Social. 2. Nascimento. 3. Humanização do parto.  
4. Pesquisa Qualitativa. 5. Análise Quantitativa. 6. Análise  
Qualitativa. 7. Ensaios Clínicos Controlados. I. Parpinelli, Mary  
Angela. II. Osis, Maria José Duarte. III. Universidade Estadual  
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

(Slp/fcm)

## **BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

**Aluna: ODALÉA MARIA BRÜGGEMANN**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARY ANGELA PARPINELLI**

**Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA JOSÉ DUARTE OSIS**

### **Membros:**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

**5.**

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 06/12/2005**

## ***Dedico este trabalho...***

*...ao meu amoroso pai Odo Jaime (in memorian),  
que sempre estimulava e valorizava  
as minhas atividades profissionais  
e se orgulhava de cada conquista.*

*...ao meu querido irmão Odoir (in memorian),  
que partiu durante esta minha trajetória  
e deixou muitas saudades.*

*...à minha querida mãe Zélia,  
com quem aprendi a ser dedicada,  
persistente e perseverante para  
concretizar meus objetivos e desejos.*

*...ao Malucelli,  
por seu incentivo, companheirismo e sua  
capacidade de estar sempre presente,  
mesmo quando a distância geográfica nos separava.*

# Agradecimentos

---

*Com reconhecimento e carinho, agradeço à minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Mary Angela Parpinelli, pelas suas contribuições, seu apoio e incentivo. A nossa convivência harmoniosa e pautada na construção conjunta do conhecimento possibilitou o diálogo entre duas disciplinas, a Enfermagem e a Medicina. Assim, tivemos a oportunidade de vivenciar momentos de interdisciplinaridade que foram imprescindíveis nessa trajetória. Obrigada por ter conciliado, com sabedoria, o seu papel de orientadora com o de amiga.*

*À minha co-orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Duarte Osis, pela sua amizade, carinho, dedicação e constante acessibilidade e disponibilidade. A sua ajuda e contribuições foram valiosas e indispensáveis em todas as etapas deste estudo.*

*Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelo apoio recebido e por viabilizar o meu afastamento das atividades de ensino durante este período de formação.*

*Às professoras Marisa, Mila, Vitória e Vanda, minhas colegas na disciplina de Enfermagem Obstétrica e Neonatal da UFSC, pela amizade, compreensão, carinho, apoio e incentivo durante a minha trajetória na UNICAMP.*

*Ao Prof<sup>º</sup> Dr. José Guilherme Cecatti, que colaborou em diferentes momentos do trabalho e da minha formação, sempre disponível a ajudar e resolver com habilidade e sabedoria as dúvidas que surgiram.*

*A toda Diretoria do Hospital Estadual Sumaré (HES), pelo apoio que permitiu o desenvolvimento da coleta de dados na referida instituição.*

*Ao Dr. Antônio dos Santos Carvalhinho Neto, coordenador do Serviço de Obstetrícia do HES pelo seu apoio, colaboração e empenho indispensáveis para a realização da coleta de dados na referida instituição.*

*Às enfermeiras, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, funcionários técnico-administrativos dos serviços de Centro Obstétrico e Urgência Referenciada da Maternidade do HES e dos demais serviços que contribuíram para a realização deste estudo. Obrigada pela constante e incansável colaboração durante a coleta de dados, que sem dúvida foi imprescindível para a concretização da mesma. E pela convivência harmoniosa, carinhosa e amiga, que amenizou as dificuldades inerentes a esta etapa da pesquisa.*

*Aos professores e professoras do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, que contribuíram para a minha formação.*

*Às amigas Fátima, Rai, Mariana, Eliana, Kátia e Isabel, pelo carinho e companheirismo durante esta trajetória.*

*À Sirlei Siani Moraes, pela amizade, tranqüilidade e sua valiosa análise estatística que viabilizou a concretização da abordagem quantitativa deste estudo.*

*À Margarete, secretária da Pós-Graduação, pela constante disponibilidade para prestar as orientações necessárias, marcada pelo seu profissionalismo e dedicação.*

*Ao Lúcio, pela sua freqüente ajuda na resolução dos problemas relacionados à informática que ocorreram durante a realização deste estudo.*

*Aos funcionários da ASTEC, pelo atendimento carinhoso e apoio técnico indispensável para a concretização deste estudo.*

*A todas as mulheres/parturientes e os acompanhantes por elas escolhidos, que num momento tão especial de suas vidas - “o processo do nascimento” - aceitaram a participar deste estudo, meu respeito e minha genuína gratidão.*

*Aos médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem do Centro Obstétrico da maternidade do HES que participaram como “sujeitos de pesquisa”, pela pronta disponibilidade e acessibilidade.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entidade do Governo Brasileiro voltada para a formação de recursos humanos, que através do Programa de Qualificação Institucional apoiou e viabilizou este intercâmbio entre a UFSC e a UNICAMP.*

# Estrutura da Tese

---

Esta tese está sendo apresentada no formato alternativo de disponibilização de teses de doutorado da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Faculdade de Ciências Médicas (FCM), 2004.

Trata-se de pesquisa com abordagem quantitativa – ensaio clínico controlado e aleatorizado, e abordagem qualitativa - de natureza exploratória, realizada em maternidade de ensino pertencente ao complexo hospitalar da UNICAMP.

Desta forma, é constituída pela introdução ao tema, objetivos, sujeitos e método, e três artigos, sendo o primeiro de revisão – publicado nos Cadernos de Saúde Pública (2005). O segundo artigo refere-se aos resultados da abordagem quantitativa – submetido para publicação na revista *Obstetrics & Gynecology* (outubro de 2005) - e o terceiro artigo aborda os resultados da abordagem qualitativa, submetido para publicação na Revista de Saúde Pública (outubro de 2005). Em seguida são apresentadas uma discussão geral e as conclusões. Nos anexos estão incluídos a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP; os anexos do ensaio clínico - *check list* para a inclusão das parturientes no estudo, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) da



parturiente e do acompanhante, orientações para o acompanhante, instrumento de coleta de dados; os anexos da abordagem qualitativa – TCLE do profissional de saúde e do acompanhante, roteiro temático de entrevista do profissional e do acompanhante; os temas, idéias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo dos profissionais de saúde e acompanhantes.

# Sumário

---

Símbolos, Siglas e Abreviaturas .....	xv
Resumo .....	xvii
Summary .....	xxi
1. Introdução .....	25
1.1. As nuances do apoio à mulher durante o nascimento .....	25
1.2. O apoio à mulher durante o nascimento na realidade brasileira .....	30
2. Objetivos .....	35
2.1. Objetivo geral .....	35
2.2. Objetivos específicos .....	35
3. Sujeitos e Métodos .....	37
3.1. Tipo de estudo .....	37
3.2. Tamanho amostral .....	38
3.3. Seleção dos sujeitos .....	39
3.4. Conceitos e Variáveis .....	41
3.5. Coleta de dados .....	47
3.6. Análise dos dados .....	49
3.7. Aspectos éticos .....	52
4. Publicações .....	55
4.1. Artigo 1 .....	57
4.2. Artigo 2 .....	69
4.3. Artigo 3 .....	93
5. Discussão .....	121
6. Conclusões .....	129
7. Referências Bibliográficas .....	131
8. Bibliografia de Normatizações .....	139
9. Anexos .....	141
9.1. Anexo 1 – Check List .....	141
9.2. Anexo 2 – Orientações para o Acompanhante .....	142

9.3. Anexo 3 – Instrumento para Coleta de Dados.....	143
9.4. Anexo 4 – Roteiro Temático para Entrevista - Profissional de Saúde.....	150
9.5. Anexo 5 – Roteiro Temático para Entrevista - Acompanhante .....	151
9.6. Anexo 6 – Discurso do Sujeito Coletivo – Profissionais de Saúde.....	152
9.7. Anexo 7 – Discurso do Sujeito Coletivo – Acompanhantes .....	170
9.8. Anexo 8 – Carta de Aprovação do Projeto no CEP.....	175
9.9. Anexo 9 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Parturiente.....	178
9.10. Anexo 10 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Acompanhante .....	179
9.11. Anexo 11 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional de Saúde ....	180

# **Símbolos, Siglas e Abreviaturas**

---

<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CREMESP</b>	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>DIP I</b>	Desaceleração Intraparto do tipo I
<b>DIP II</b>	Desaceleração Intraparto do tipo II
<b>EC</b>	Expressões- Chave
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>HES</b>	Hospital Estadual Sumaré
<b>IC</b>	Idéia Central
<b>IC95%</b>	Intervalo de Confiança a 95%
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>P</b>	Valor p
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>RR</b>	Razão de Risco
<b>Sem</b>	Semana(s)
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>WHO</b>	World Health Organization

# Resumo

---

**Introdução:** o apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto por acompanhante de sua escolha é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Porém, pouco se conhece sobre os seus efeitos no processo do nascimento e sobre a percepção dos profissionais de saúde e dos acompanhantes quanto a essa experiência. **Objetivo:** Avaliar a influência do apoio durante o trabalho de parto e parto, pelo acompanhante escolhido pela parturiente, na sua satisfação e sobre os resultados maternos, perinatais e aleitamento materno; bem como conhecer a percepção dos profissionais de saúde e dos acompanhantes sobre essa experiência. **Método:** foi realizado um estudo de revisão, incluindo os ensaios clínicos randomizados, as revisões sistemáticas e metanálises que avaliaram o apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto e que explicitavam se era permitida ou não a presença do companheiro ou familiares. Na pesquisa de campo, realizada na maternidade do Hospital Estadual Sumaré da Universidade Estadual de Campinas, foi utilizada uma abordagem quantitativa – ensaio clínico controlado randomizado-- e outra abordagem qualitativa – de natureza exploratória. Participaram 212 primíparas de baixo risco, das quais 105 constituíram o grupo de intervenção e escolheram um acompanhante, que foi orientado sobre as

atividades de apoio; e 107 constituíram o grupo-controle sem acompanhante. Na abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 11 profissionais de saúde do centro obstétrico e com 16 acompanhantes. Os dados quantitativos foram processados e analisados com o programa SAS versão 8.2. As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas e inseridas no programa *Ethnograph* v 5.0 para realizar análise temática de discurso com a abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os dados obtidos foram apresentados na forma de três artigos. No primeiro identificou-se a inexistência de estudos controlados sobre o apoio provido pelo acompanhante escolhido pela parturiente. Os efeitos do apoio - por outros provedores - sobre as intervenções obstétricas foram mais acentuados quando não era permitida a presença do companheiro ou familiares, e as condições hospitalares eram compatíveis com as de países em desenvolvimento. No segundo estudo constatou-se que as parturientes que receberam apoio, por acompanhante de sua escolha, ficaram mais satisfeitas com o trabalho de parto (mediana 88,0 variação 60 – 100 vs mediana 76,0 variação 40 – 100) e parto (mediana 91,4 variação 57,1 – 100 vs mediana 77,1 variação 37,1 - 100) ( $p < 0,0001$ ) do que o grupo-controle. Ter o acompanhante foi a variável que mais influenciou na satisfação com o trabalho de parto e parto (RR 8,06; IC95%: 4,84 – 13,43 e RR 5,57; IC95%: 3,70-8,38, respectivamente). Com relação aos eventos do trabalho de parto, apenas a ocorrência de líquido meconial foi menor no grupo de intervenção (RR 0,51; IC95%: 0,28-0,94). Para as demais variáveis maternas, do recém-nascido e aleitamento materno, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. No terceiro estudo identificou-se que os profissionais de saúde não tiveram dificuldade e/ou

problema em prestar assistência na presença do acompanhante, reconheceram que o apoio influenciou positivamente na participação ou comportamento da parturiente e no desenrolar do processo do nascimento. Os acompanhantes sentiram-se muito satisfeitos com a experiência e consideraram que o apoio foi de grande ajuda à parturiente. **Conclusão:** o apoio por acompanhante escolhido pela parturiente associou-se a maior satisfação global das parturientes com a experiência do nascimento. A falta de impacto do apoio nas variáveis do trabalho de parto e parto pode ter sido decorrente da assistência, de manejo ativo, realizada na instituição. A presença do acompanhante e o seu apoio à mulher durante o processo do nascimento foram avaliados positivamente pelos profissionais de saúde e pelos acompanhantes.

# Summary

---

**Introduction:** support for the woman during labor/delivery provided by the companion of her choice is one of the recommendations made by the World Health Organization. However, little is known about its effects on the birthing process and the perception of healthcare professionals and labor companions regarding this experience. **Objective:** to evaluate the influence of support provided by the laboring woman's companion of choice during labor/delivery, on maternal satisfaction, maternal-perinatal outcomes, and breastfeeding; as well as to understand the perception of healthcare professionals and labor companions regarding the birthing experience. **Method:** a review study was conducted, including randomized clinical trials, systematic reviews and meta-analyses that assessed support for women during labor/delivery and specified whether the presence of a labor companion/family member was allowed or not during delivery. In the field research conducted at the Maternity Hospital in the Sumaré State Hospital of the Campinas State University, a quantitative (a randomized controlled clinical trial) and a qualitative (exploratory in nature) approach were used. Two hundred and twelve (212) low-risk primipara women participated in the study. Of these women, 105 made up the intervention group and chose a labor companion,



who was instructed in labor support; and 107 comprised the control group—with no labor companion. In the qualitative approach, semi-structured interviews with 11 healthcare professionals from the obstetric unit and 16 labor companions were carried out. Quantitative data was processed and analyzed using the SAS program version 8.2. The semi-structured interviews were transcribed and inserted into the Ethnograph version 5.0, a computer program designed to perform a thematic analysis of discourse using the Collective Subject Discourse approach. **Results:** data obtained was presented in the form of three articles. In the first study, a lack of controlled studies on labor support provided by the laboring woman's companion of choice was identified. Labor support given by other providers had a more marked effect on obstetric interventions when the presence of a labor companion/family member was not allowed and hospital conditions were comparable to those of developing countries. In the second study, it was observed that laboring women who received support from a companion of their choice were more satisfied with labor (median 88.0 range 60 – 100 vs median 76.0 range 40 – 100) and delivery (median 91.4 range 57.1 – 100 vs median 77.1 range 37.1 - 100) ( $p < 0.0001$ ) than the control group. Having a companion was the variable that exerted the greatest influence on satisfaction with labor/delivery (RR 8.06; 95%CI: 4.84 – 13.43 and RR 5.57; 95%CI: 3.70-8.38, respectively). Concerning events taking place during labor, only the presence of meconium staining was less frequent in the intervention group (RR 0.51; 95%CI: 0.28-0.94). For the remaining maternal, fetal and breastfeeding variables, no statistically significant difference was observed between the groups. In the third study, it was identified that healthcare professionals had no difficulty and/or problem in managing the

laboring woman in the presence of a labor companion, recognizing that labor support had a positive influence on the participation/behavior of the laboring woman, and on the progress of the birthing process. Labor companions found the experience highly rewarding and considered that labor support had been very helpful to the laboring woman. **Conclusion:** support provided by the laboring woman's companion of choice was associated with a higher overall maternal satisfaction with the birthing experience. The lack of impact caused by labor support on labor/delivery variables may have been due to the active labor management provided by the institution. The presence of a labor companion and his/her support to the laboring woman during the birthing process were perceived as positive by healthcare professionals and labor companions.

# 1. Introdução

---

## 1.1. As nuances do apoio à mulher durante o nascimento

As mulheres e seus bebês precisam de um cuidado humano e sensível durante a gravidez e especialmente durante o trabalho de parto. Este fato já era destacado em algumas publicações populares na década de 70 e, atualmente, é confirmado por investigações clínicas aleatorizadas. A mensagem é a mesma: as mulheres sentem-se melhor quando suas necessidades emocionais são atendidas (Chalmers, 2002).

O apoio à mulher durante o nascimento pode ser realizado por profissionais responsáveis pelo cuidado clínico, por outras pessoas designadas exclusivamente para esta função ou pelo companheiro, familiar e amigos. O aspecto fundamental é a promessa de que a mulher em nenhum momento ficará sozinha. As atividades de apoio compreendem medidas de conforto físico e emocional, que variam de acordo com a cultura e as necessidades individuais de cada mulher (Enkin et al., 1998).

As ações de apoio contemplam quatro dimensões. A emocional, ou seja, a presença física contínua, o encorajamento, o propiciar tranquilidade; a informacional, como explicações, instruções e conselhos; a “palpável”, com a realização de medidas de conforto físico como massagem, compressas quentes e oferecimento de pedaços de gelo; e de intermediação, que objetiva interpretar os desejos da mulher e “negociá-los” como os profissionais (Hodnett e Osborn, 1989).

Estudos sobre a experiência das mulheres com o nascimento sugerem que além das medidas de conforto, informações, ou outras formas de assistência que ajudam a vivenciar o estresse, elas também desejam a presença contínua de uma pessoa com empatia (Hodnett, 2002).

Há de se considerar que o oferecimento de apoio durante o nascimento depende das diretrizes institucionais e da própria abordagem assistencial dos profissionais de saúde. Isto é, eles podem priorizar somente a execução de técnicas ou conciliá-las com o suporte físico e emocional (Enkin et al., 1998). Muito embora o cuidado centrado na família, não apenas direcionado às necessidades da mulher e do recém-nascido, mas também do seu companheiro, familiares e amigos significativos, seja um dos princípios da assistência perinatal preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda-se que a mulher receba, durante o trabalho de parto, cuidado individualizado, e que não seja deixada sozinha. Para tanto, a mulher deve ser encorajada a escolher alguém para acompanhá-la, podendo ser uma *doula*, na ausência de outras pessoas para prover apoio. Além disso, deve-se estimular a presença de membros da família, desejados pela mulher (Chalmers et al., 2001).

O apoio durante o trabalho de parto ganhou destaque com o advento da prática baseada em evidência, que desencadeou a revisão das práticas obstétricas, visando à manutenção das que são benéficas e à abolição daquelas comprovadamente danosas. O respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes (parceiro, sua melhor amiga, uma *doula*, enfermeira ou *midwife*) durante o trabalho de parto e parto está classificada na categoria das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Tal recomendação é embasada nos estudos controlados randomizados que avaliaram o apoio ou suporte por única pessoa, geralmente a *doula*, *midwife* ou enfermeira, durante o trabalho de parto e parto (WHO, 1985;1996).

Na literatura, os ensaios clínicos, as revisões sistemáticas e metanálises sobre o apoio durante o nascimento têm avaliado esses mesmos provedores de apoio, além de outros - como mulher leiga e familiares do sexo feminino - definidos pela instituição (Kennell et al., 1991; Hofmeyr et al., 1991; Gagnon et al. 1997; Langer et al., 1998; Madi et al., 1999; Hodnett et al., 2002; Zhang et al., 1996; Scott et al., 1999; Hodnett et al., 2005).

O apoio por companheiro, familiar ou amigo, de escolha da mulher, não foi avaliado por estudos controlados publicados (Enkin et al., 1998; Hodnett et al., 2005). Além disso, o mundo tecnologicamente desenvolvido tem aceitado e admitido um acompanhante no local do nascimento, mas ele é rotineiramente excluído durante a realização de procedimentos assistenciais. Justamente no momento em que a mulher mais necessita do apoio de alguém querido por ela, esse tem sido afastado (Chalmers et al., 2001).

De maneira geral, os efeitos do apoio são positivos, não se associando risco ou prejuízo a essa prática. Porém, a sua influência sobre os resultados maternos e neonatais parece depender do contexto assistencial em que é realizado, dos aspectos culturais e comportamentais, do tipo de provedor de apoio e da sua duração. Os ensaios clínicos apontam que o apoio reduz diferentes eventos e/ou intervenções no nascimento, tais como a duração do trabalho de parto, o uso da analgesia e/ou drogas para o alívio da dor, a necessidade de ocitocina, o uso do fórceps; a realização de amniotomia e a taxa de cesariana (Sosa et al., 1980; Klaus et al., 1986; Hodnett e Osborn, 1989; Kennell et al., 1991; Hofmeyr et al., 1991; Langer et al., 1998; Madi et al., 1999; Hodnett et al., 2002).

A mais recente síntese das evidências aponta que o apoio reduz o uso da analgesia regional/anestesia, as taxas de parto vaginal operatório e de cesarianas, a insatisfação ou percepção negativa da mulher sobre o nascimento; e aumenta o número de partos vaginais espontâneos. Uma análise mais específica sobre as características do suporte mostra que os maiores benefícios são observados quando o provedor não faz parte do corpo de funcionários do hospital, inicia-se no começo do trabalho de parto, e a instituição não dispõe de anestesia epidural de rotina (Hodnett et al., 2005).

De maneira geral, nos países desenvolvidos o apoio durante o nascimento por pessoa designada exclusivamente para essa atividade está gradativamente se instituindo, inclusive com a presença simultânea do companheiro/pai do bebê ou de outros familiares (Gordon et al., 1999; Declerq et al., 2002; Hodnett et al., 2002). Na revisão sistemática de Hodnett et al. (2005), os ensaios clínicos

em que o companheiro ou familiares da parturiente estavam presentes durante o nascimento, foram realizados em países com esse nível de desenvolvimento.

Dados de uma pesquisa com 1.583 mulheres americanas, sobre a experiência do nascimento, mostram que 99% delas receberam algum tipo de apoio durante o trabalho de parto e parto. Ele foi freqüentemente provido pelo marido ou parceiro (92%) ou por membro da equipe de enfermagem (83%). Na metade dos casos ele foi provido por um médico (53%) ou outro membro da família ou amiga (50%), sendo menos freqüente pela *midwife* (11%) e doula (5%). A avaliação sobre a qualidade do apoio recebido do marido/parceiro foi similar ao recebido por outro membro da família ou amiga, sendo que aproximadamente 60% acharam excelente e 24% bom (Declercq et al., 2002).

Na América Latina, os dados sobre essa prática são escassos. Em levantamento realizado com 311 mulheres argentinas em Buenos Aires e Rosário, apenas 5,8% e 7,2% delas tiveram apoio durante o trabalho de parto, respectivamente. No Uruguai e Argentina somente três de 16 hospitais (18,5%) adotaram essa prática (Belizán et al., 2005).

Cabe ressaltar que o Uruguai, em 2001, foi o primeiro país no mundo a ter uma legislação para garantir que toda mulher durante o trabalho de parto e parto seja acompanhada por uma pessoa em que ela confia, ou alguém especialmente treinado para prover apoio emocional (Bonaro-Pascali e Kroeger, 2004). Em Buenos Aires, a partir de 2003, uma legislação semelhante sobre humanização

do parto passou a contemplar que as mulheres sejam acompanhadas por uma pessoa de sua escolha durante o pré, trans e pós-parto (OPS/OMS, 2003).

No entanto, a política de não permitir acompanhante durante o trabalho de parto, supostamente baseada no receio de que ele poderia introduzir infecções ou interferir nas atividades dos profissionais, é ainda amplamente praticada nos países de Terceiro Mundo. Diferente da introdução deliberada de intervenções médicas, políticas assistenciais que visem a permitir ou fornecer acompanhamento durante o trabalho de parto, podem ser de difícil execução. Neste sentido, a definição clara dos benefícios do apoio poderia representar um estímulo considerável para a sua efetivação (Hofmeyr, 2005).

## **1.2. O apoio à mulher durante o nascimento na realidade brasileira**

No Brasil, a inserção do acompanhante de escolha da parturiente, além de outras recomendações da OMS para a assistência ao parto, baseadas em evidências, são consideradas referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde (OMS, 1996; Brasil, 2001). Elas têm sido amplamente divulgadas junto aos profissionais de saúde e maternidades. Entretanto, na prática assistencial, a implementação dessas recomendações tem sido realizada de forma lenta, gradativa e seletiva.

Como uma das medidas para estimular mudanças nas práticas obstétricas, em 1998 o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba Araújo, que reconhece os esforços e as ações voltadas para a humanização do nascimento pelas



instituições de saúde que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1998). Os critérios de avaliação são embasados nas recomendações da OMS para assistência ao parto, entre os quais a presença do acompanhante.

Entretanto, a maioria das mulheres ainda é privada da presença de um acompanhante de sua escolha ou mesmo de pessoa que tenha a função exclusiva de dar apoio durante todo o processo do nascimento (CREMESP, 1998; Hotimsky e Alvarenga, 2002; Alves, 2002; Boaretto, 2003). Em contrapartida, as maternidades que adotaram essa prática tornaram-se geradoras de mudanças e referência para as que também almejam essas transformações na assistência (Santos e Siebert, 2001; Domingues, 2002; Florentino, 2003; Tornquist, 2003).

Alguns hospitais públicos vêm desenvolvendo projetos de incorporação de *doulas* voluntárias para dar apoio à parturiente, quando não é possível a presença de familiares, seja por questões institucionais ou pessoais da parturiente (Leão e Bastos, 2001; Silva, 2004). Além disso, existe o grupo *Doulas do Brasil*, que exerce uma atuação privada, uma vez que não possuem qualquer vínculo institucional, sendo contatadas e contratadas pelas parturientes para acompanhá-las, independentemente do local do nascimento (Duarte, 2005).

A partir dessas experiências, vários esforços foram despendidos para que o acompanhante no parto se transformasse em um direito da mulher. Como resultado, em abril de 2005, foi sancionada a Lei n. 11.108, que obriga os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um

acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2005).

Essa medida legal poderá contribuir para a adoção dessa prática nas maternidades. Entretanto, a sua incorporação na rotina e na filosofia assistencial depende da atitude dos profissionais de saúde. Fazer políticas e práticas assistenciais baseadas em evidências, certamente pode melhorar a qualidade e os resultados de saúde das mulheres e seus recém-nascidos. No entanto, apenas a informação sobre as melhores práticas não é suficiente, pois não é fácil para os profissionais de saúde mudar o modo como eles foram ensinados a pensar e/ou agir. Precisam ser estimulados e motivados para abandonar práticas que não possuem evidência de benefício e adotar as que possam melhorar a experiência das mulheres com o nascimento (Better Births Initiative, 2003).

Nas maternidades que passaram por mudança institucional, a presença do acompanhante - durante o trabalho de parto e parto - provocou inicialmente rejeição e reação negativa nos profissionais, decorrente dos medos e/ou receios sobre possíveis problemas. Porém, após passarem pela experiência, tornaram-se receptivos e passaram a estimular sua incorporação (Diniz, 2001; Ratto, 2001; Pinto, 2001; Florentino, 2003; Tornquist, 2003).

O companheiro da parturiente, ou o pai da criança, algumas vezes é considerado pelos profissionais como o acompanhante ideal, apesar de haver respeito quanto à escolha da mulher (Tornquist, 2003). Esse fato parece refletir diretamente na produção científica sobre o tema, uma vez que a maioria dos

estudos sobre a percepção dos acompanhantes leigos acerca da experiência tem focado a presença do companheiro/pai do bebê (Vehviläinen-Julkunen e Liukkonen, 1998; Somers-Smith, 1999; Carvalho, 2003; Storti, 2004). Essa predileção pelo cônjuge e/ou o pai do bebê como acompanhante “ideal” pode intervir nos valores, na forma de organização familiar e estilo de vida das pessoas assistidas (Hotimsky e Alvarenga, 2002).

Situação semelhante acontece em outros países, uma vez que na revisão sistemática de Hodnett et al. (2005), dos ensaios clínicos que permitiam a presença de familiares durante o nascimento, a maioria foi realizada em hospitais que estabeleciam que o pai do bebê era a única pessoa que poderia estar presente no nascimento, e em apenas um a parturiente poderia escolher entre o pai do bebê, um parente ou uma amiga.

Entretanto, o companheiro/pai do bebê não é a única escolha da mulher, e muitas vezes é a menos freqüente. No estudo de corte transversal, realizado em maternidade que permite a presença de acompanhante desde a sua implantação, a maioria dos escolhidos foi a mãe ou outras mulheres da família (70%) (Domingues, 2002). Em outro estudo descritivo, cerca de 60% dos acompanhantes foi o esposo e 40% mulheres da rede social da parturiente (Pinto et al., 2003). Esses resultados mostram que nem todas as parturientes desejam ou possuem o companheiro/pai do bebê disponível para acompanhá-las durante o nascimento.

A ausência de estudos controlados sobre os efeitos do apoio pelo acompanhante, escolhido pela parturiente, e da complexidade que envolve a sua

inserção nas instituições de saúde, constitui-se em um objeto de pesquisa que requer abordagem diferenciada, visando a aproximar-se das múltiplas facetas envolvidas.

O presente estudo utilizou os métodos quantitativo e qualitativo em diferentes momentos da investigação. Através de abordagem quantitativa - ensaio clínico controlado randomizado -, buscou-se avaliar a influência do apoio exercido pelo acompanhante escolhido pela parturiente, sobre a satisfação, os resultados maternos, perinatais e o aleitamento. E por meio da abordagem qualitativa pretendeu-se conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a experiência de prestar assistência na presença do acompanhante, e a percepção dos acompanhantes sobre a experiência de prover apoio.

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo geral

Avaliar a influência do apoio durante o trabalho de parto e parto, provido pelo acompanhante escolhido pela parturiente, na sua satisfação e sobre os resultados maternos, perinatais e aleitamento materno; bem como conhecer a percepção dos profissionais de saúde e dos acompanhantes sobre essa experiência.

### 2.2. Objetivos específicos

- Identificar as principais características e resultados, evidenciados pelos ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, sobre os efeitos do apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto, e se a presença de acompanhantes ou familiares tem sido avaliada como forma de apoio.
- Comparar a satisfação da parturiente com a experiência do trabalho de parto e parto entre o grupo de intervenção – com apoio por acompanhante de sua escolha – e o grupo-controle – sem acompanhante.

- Comparar os resultados maternos acerca dos eventos do trabalho de parto e parto entre os grupos de intervenção e controle.
- Comparar os resultados perinatais e do aleitamento materno nas primeiras 12 horas pós-parto entre os grupos de intervenção e controle.
- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a experiência de prestar assistência, na presença do acompanhante escolhido pela parturiente para prover apoio.
- Conhecer a percepção dos acompanhantes escolhidos pelas parturientes sobre a experiência de prover apoio durante o trabalho de parto e parto.

## 3. Sujeitos e Métodos

---

### 3.1. Tipo de estudo

#### 3.1.1. Estudo de revisão

Tratou-se de uma análise dos ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises que avaliaram o apoio no nascimento. Realizou-se pesquisa nas bases de dados MEDLINE, LILACS, PubMed, SciELO e ISI Web of Science, entre os anos 1980-2004, com base nas palavras-chave: suporte/apoio (*support*), acompanhante (*companionship or companion*), *doula*, trabalho de parto (*labor*) e parto (*childbirth or delivery*). Foram incluídos somente os ensaios clínicos que comparam um grupo com suporte e outro sem; que apresentavam informações sobre as parturientes, quem era o provedor de apoio, os resultados maternos e perinatais, e que explicitavam se era permitida ou não a presença do companheiro ou familiares da parturiente. E também foram incluídas as revisões sistemáticas e metanálises que avaliaram ensaios clínicos randomizados. O material analisado constou de dez ensaios clínicos, duas revisões sistemáticas e duas metanálises.

### **3.1.2. Pesquisa de campo**

Tratou-se de estudo com uma abordagem quantitativa - ensaio clínico controlado randomizado -, e uma abordagem qualitativa de natureza exploratória. A adoção deste desenho baseia-se no conceito de que o estudo quantitativo pode gerar questões que podem ser aprofundadas pelo estudo qualitativo, e vice-versa (Minayo e Sanches, 1993).

## **3.2. Tamanho amostral**

### **3.2.1. Abordagem quantitativa**

O tamanho amostral foi calculado para detectar uma diferença percentual de 15,1% na satisfação das parturientes do grupo de intervenção com relação ao cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto. Considerou-se como referência o estudo de Hodnett et al. (2002), no qual a satisfação das parturientes com a enfermeira que prestou cuidado foi de 89,9% no grupo com apoio e 74,8% no grupo sem apoio, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Baseado na diferença porcentual e no cálculo de diferenças de proporções, através do qui-quadrado estabelecido por Pocock (1987), o tamanho da amostra foi calculado em 96 parturientes para cada grupo, assumindo-se um nível de significância de 5% e um poder do teste de 80%. Considerando-se uma eventual perda de informação ou descontinuidade de até 10%, o tamanho total da amostra foi de 212 pacientes distribuídas aleatoriamente para cada grupo.



### **3.2.2. Abordagem qualitativa**

A amostra foi intencional, constituída por 11 profissionais de saúde do centro obstétrico (quatro médicos(as) obstetras, três enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem) e por 16 acompanhantes escolhidos pela parturiente (oito companheiros/pai do bebê, três mães, três tias, uma cunhada e uma sogra), que estiveram envolvidos no ensaio clínico randomizado. O tamanho amostral foi estabelecido durante a coleta de dados pela saturação dos mesmos, ou seja, quando as informações coletadas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo, e as novas falas apresentavam acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos propostos pela pesquisa (Turato, 2003).

## **3.3. Seleção dos sujeitos**

### **3.3.1. Abordagem qualitativa**

As parturientes foram selecionadas no momento da internação na maternidade, a partir dos critérios de inclusão, através de um “*check list*” (Anexo 1).

- **Critérios de inclusão:**

- primípara com acompanhante presente no momento da internação ou com possibilidade de contato imediato;
- na fase ativa do trabalho de parto: dilatação do colo uterino  $\geq$  a 3cm e  $\leq$  a 6cm, com duas ou mais contrações em 10 minutos;

- gestação única com feto vivo;
  - idade gestacional  $\geq 37$  semanas;
  - altura uterina  $< 40$  cm;
  - feto em apresentação cefálica;
  - bolsa íntegra ou amniorrexe de até 2 horas.
- **Critérios de exclusão:**
    - primípara que não tivesse possibilidade de ter um acompanhante;
    - doenças maternas;
    - feto com peso estimado  $\geq 4.000$ g ou outra evidência clínica de desproporção céfalo-pélvica;
    - indicação de cesárea eletiva;
    - malformação fetal.

### **3.3.2. Abordagem qualitativa**

Foram selecionados os médicos(as), enfermeiras e auxiliares de enfermagem lotados no Centro Obstétrico da referida maternidade, que prestaram assistência a três ou mais parturientes do grupo de intervenção. E os acompanhantes, escolhidos pelas parturientes, que proveram apoio durante o trabalho de parto e parto. Todos foram incluídos gradativamente no estudo até obter-se a saturação de dados.

### 3.4. Conceitos e Variáveis

#### 3.4.1. Conceito

- **Apoio no nascimento:** presença de uma pessoa designada para desenvolver, durante o trabalho de parto e parto, atividades que contemplam os aspectos emocionais (encorajar, tranquilizar e estimular), medidas de conforto físico e orientações (Brüggemann et al., 2005).

#### 3.4.2. Variáveis

- **Variável Independente**
  - **Ter acompanhante durante o trabalho de parto e parto:** pessoa significativa, possuidora ou não de laços de parentesco, escolhida pela parturiente, e que permaneceu junto a ela durante o trabalho de parto e parto: presente ou ausente.
- **Variáveis Dependentes**
  - **Satisfação da parturiente:** opinião da mulher sobre a experiência com o trabalho de parto e parto (evolução, ter ou não acompanhante, orientação recebida dos médicos e da equipe de enfermagem, cuidado recebido e tipo de parto). Obtida a partir de cinco desenhos com expressões faciais, mostrados à parturiente para que apontasse qual correspondia à forma como se sentiu sobre cada aspecto da experiência. A opinião foi registrada no instrumento de coleta de dados como: muito insatisfeita, insatisfeita, satisfeita, bem satisfeita, muito satisfeita.

- **Manejo ativo do trabalho de parto:** definido como a realização de amniotomia precoce, uso de ocitocina e toque vaginal para avaliação cervical a cada duas horas (Frigoletto et al., 1995), e uso de analgesia de parto de forma sistemática, segundo protocolo da instituição em que a pesquisa foi desenvolvida. A análise das variáveis foi realizada conforme descrição:
- ❖ **Uso de ocitocina:** infusão intravenosa de 5U ocitocina, diluída em solução de 500ml de soro glicosado, com gotejamento ajustado para corrigir a atividade uterina durante o trabalho de parto e parto. Foi considerada a dilatação do colo (em cm) no momento do início da infusão, segundo descrito no prontuário da parturiente.
- ❖ **Amniotomia:** foi considerado o momento do rompimento artificial das membranas amniótica e coriônica em relação ao tempo de internação e à dilatação do colo uterino, em horas/minutos e centímetros, segundo descrito no prontuário.
- ❖ **Momento da analgesia de parto:** bloqueio de condução (peridural de bloqueio contínuo) para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Foi avaliado o momento da realização da analgesia em relação ao tempo da internação, ao nascimento, e à dilatação do colo; medido em horas/minutos e centímetros, segundo descrito no prontuário da parturiente.
- **Duração do período de dilatação:** para este estudo foi considerado o tempo transcorrido entre a internação e a dilatação completa do colo uterino; segundo descrito no prontuário da parturiente; medido em horas e minutos.
- **Distócias funcionais:** considerado para ocorrência de alterações na contratilidade uterina, tais como: oligossistolia (bradissistolia) - frequência de uma ou duas contrações em 10 minutos; hipossistolia

- contrações uterinas de baixa intensidade; taquissístolia - frequência das contrações uterinas acima de cinco em 10 minutos; segundo prontuário da parturiente: presente ou ausente.
- **Duração do período expulsivo:** tempo transcorrido entre a dilatação completa do colo uterino até a expulsão completa do feto; medido em minutos, segundo descrito no prontuário da parturiente.
- **Tipo de parto:** maneira pela qual o parto foi ultimado, considerado via abdominal (cesariana) ou através do canal pélvi-genital (parto vaginal); segundo descrito no prontuário da parturiente.
- **Tempo entre a internação e o nascimento:** considerado para o intervalo de tempo transcorrido entre a internação e a expulsão do feto; medido em horas e minutos, segundo descrito no prontuário da parturiente.
- **Contato precoce entre mãe e recém-nascido na sala de parto:** colocação do recém-nascido sobre a mãe imediatamente após o nascimento, antes de prestar qualquer assistência, segundo registro e confirmação da puérpera: sim ou não.
- **Tempo de contato precoce da mãe com o recém-nascido na sala de parto:** tempo transcorrido entre a hora do nascimento e a retirada do recém-nascido do colo da mãe, segundo registro no livro de anotações de enfermagem.
- **Apgar do recém-nascido:** avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no 1º e no 5º minutos de vida, segundo descrito no prontuário do recém-nascido: de 0 a 10.
- **Internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva:** transferência do RN para a unidade de terapia intensiva neonatal

nas primeiras 12 horas após o nascimento, segundo registro no prontuário do RN e informação da puérpera.

- **Aleitamento materno nas primeiras 12 horas após o parto:** ato de amamentar o recém-nascido após o nascimento, avaliado pela pesquisadora, através de entrevista com a puérpera, nas primeiras 12 horas após o parto, quanto aos aspectos relacionados à pega, sucção na sala de parto e no alojamento conjunto, número de mamadas e presença de fissuras.

- **Variáveis de Controle**

- **Variáveis Sociodemográficas:**

- ❖ **Idade da parturiente:** número de anos completos, calculado pela data do nascimento, observado no prontuário da parturiente.
- ❖ **Estado marital:** situação conjugal da parturiente, segundo informação durante entrevista: solteira, casada, divorciada, viúva, separada, união consensual. Categorizado como: com ou sem companheiro.
- ❖ **Escolaridade:** última série formal completada na escola e referida pela parturiente na entrevista. Categorizada em: ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, médio completo, médio completo incompleto, superior completo, superior incompleto.
- ❖ **Religião:** manifestação de uma crença por meio de uma doutrina e rituais próprios, referida pela parturiente na entrevista. Classificada em católica, espírita, evangélica, nenhuma, outra. Categorizada em: com ou sem religião.

- ❖ **Cor:** cor da pele, conforme referida pela parturiente, na entrevista, classificada em branca, parda, negra e amarela. Categorizada em branca ou não branca.
- ❖ **Ocupação:** atividade referida pela parturiente e categorizada como do lar ou com trabalho remunerado: sim ou não.

– **Variáveis obstétricas e do recém-nascido:**

- ❖ **Início do pré-natal:** idade gestacional em que a gestante iniciou o pré-natal: abaixo de 13 semanas, entre 14 - 27 semanas, acima de 28 semanas, dados obtido do cartão de pré-natal.
- ❖ **Número de consultas pré-natal:** número total de consultas de pré-natal, segundo descrito no prontuário, no cartão do pré-natal.
- ❖ **Participação em grupo de gestantes ou casais grávidos:** gestante ou casal grávido que tenha assistido palestras sobre o ciclo gravídico-puerperal ou participado de programas de preparação para o parto, maternidade e paternidade. Dado colhido através de entrevista com a parturiente, categorizado em: sim (participou 1 ou mais vezes) ou não (nenhuma vez).
- ❖ **Acompanhante no pré-natal:** presença de pessoa significativa ou possuidora de laços de parentesco, que acompanhou a gestante nas consultas de pré-natal, categorizado: sim (acompanhante em 1 consulta ou mais) ou não (em nenhuma consulta).
- ❖ **Idade gestacional:** semanas de amenorréia no momento da internação da parturiente, calculada pela data da última menstruação e/ou pela primeira ultra-sonografia realizada pela gestante (anterior a 20 semanas). Dados coletados do cartão de pré-natal.

- ❖ **Dilatação do colo na internação:** dilatação do colo uterino, em centímetros, através do toque vaginal, segundo registro no prontuário da parturiente.
- ❖ **Esvaecimento do colo na internação:** processo de apagamento do colo uterino, classificado em: até 50%, 50%-70%, 80% ou mais, segundo registro no prontuário.
- ❖ **Estado das membranas:** integridade ou ruptura das membranas amnióticas e coriônicas no momento da internação, segundo registro no prontuário: íntegras ou rotas até 2 horas antes da internação.
- ❖ **Cor do líquido amniótico:** conforme anotação do prontuário: claro, claro com grumos, amarelado, tinto de mecônio, meconial, meconial espesso. Categorizado em claro e meconial.
- ❖ **Batimentos cardíacos do feto:** frequência dos batimentos cardíacos do feto, por cardiotocografia intraparto. Dado colhido do prontuário: normais, desacelerações do tipo I (DIP I), desacelerações do tipo II (DIP II), DIP umbilical, bradicardia sustentada, taquicardia. Categorizado em normal ou alterado.
- ❖ **Peso do recém-nascido:** valor que expressa a massa corporal do recém nascido logo após o nascimento, segundo registro no prontuário: em gramas

#### – Variáveis descritivas do acompanhante

- ❖ **Identificação:** classificação do acompanhante quanto ao seu laço de relacionamento ou parentesco com a parturiente; obtido através de entrevista, classificado em: companheiro, pai do bebê, mãe, irmã, amiga, tia, cunhada, sogra ou outro.



- ❖ **Idade:** número de anos completos, declarado pelo acompanhante na entrevista.
- ❖ **Ocupação:** tipo de ocupação referida pelo acompanhante no momento da entrevista, e categorizado em trabalho remunerado: sim ou não.
- ❖ **Escolaridade:** última série completada na escola referida pelo acompanhante na entrevista: ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto.
- ❖ **Hora de chegada:** hora que o acompanhante chegou na maternidade, a partir da hora da internação da parturiente, segundo observação da pesquisadora, registrada em: horas e minutos.
- ❖ **Permanência do acompanhante com a parturiente:** presença do acompanhante junto à parturiente durante o trabalho de parto e parto, segundo observação da pesquisadora: sim ou não.

### 3.5. Coleta de dados

Foi realizada no período de fevereiro de 2004 a março de 2005, na maternidade do Hospital Estadual Sumaré (HES), pertencente ao complexo hospitalar da UNICAMP.

A assistência às parturientes do grupo de intervenção e controle seguiu o protocolo da instituição, que consistiu em manejo ativo do trabalho de parto: aminiotomia precoce, uso de ocitocina, monitorização eletrônica intermitente da frequência cardíaca fetal e analgesia de condução de forma sistemática. Na

instituição não era permitida a presença de acompanhante durante o trabalho de parto/parto, esta última foi a única diferença entre os grupos.

### **3.5.1. Abordagem quantitativa**

Para a randomização foi gerada por computador uma sequência de 212 números aleatorizados (Altman e Bland, 1999). Os números com as designações com apoio e sem apoio foram individualizados e inseridos em um reservatório opaco. As mulheres elegíveis e que aceitaram participar do estudo foram randomizadas a partir de sorteio de números, realizado por elas, e então alocadas ao grupo de intervenção (com apoio) ou controle (sem apoio). O apoio foi definido pela presença do acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto.

As mulheres do grupo de intervenção escolheram um acompanhante, que foi contatado no momento da internação ou através de contato telefônico. Todos os acompanhantes que participaram da pesquisa receberam orientação verbal e escrita, realizada pelo pesquisador, de forma padronizada (Anexo 2).

A coleta de dados foi realizada através de um formulário padronizado (Anexo 3), previamente testado com dez parturientes e reformulado após avaliação. Os dados sobre o aleitamento materno e a satisfação da parturiente foram coletados nas primeiras 12-24 horas após o parto, no alojamento conjunto, pelo pesquisador.

### **3.5.2. Abordagem qualitativa**

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas, iniciadas em outubro de 2004, quando aproximadamente 75% da coleta dos dados do ensaio clínico controlado randomizado já havia sido realizada.

Utilizou-se um roteiro temático para os profissionais de saúde (Anexo 4) e outro para os acompanhantes (Anexo 5). Cada profissional foi entrevistado de acordo com a sua possibilidade, no momento do convite ou por agendamento, no local em que a pesquisa foi desenvolvida. Os acompanhantes foram entrevistados depois do parto, após a transferência da mulher para a sala de recuperação pós-parto, ou seja, no momento em que estava saindo do centro obstétrico.

As entrevistas gravadas foram transcritas integralmente, conferidas e corrigidas, ouvindo-se novamente as gravações (Queiroz, 1991). As fitas cassete utilizadas nas entrevistas foram destruídas após o término da pesquisa.

## **3.6. Análise dos dados**

### **3.6.1. Abordagem quantitativa**

Os instrumentos de coleta de dados foram revisados, corrigidos, codificados e digitados no programa EPI INFO – versão 2002. Para análise estatística foi utilizando o programa SAS versão 8.2.

Para a análise da variável satisfação da parturiente, avaliada a partir de perguntas à mulher sobre como se sentiu durante o trabalho de parto e parto

(muito insatisfeita, insatisfeita, satisfeita, bem satisfeita, muito satisfeita), considerou-se como indicativo de satisfação as respostas “bem satisfeita” e “muito satisfeita” (Brown e Lumley, 1994; Sadler et al., 2001). Foi calculado o escore geral da satisfação da parturiente durante o trabalho de parto e parto, através de escala tipo Likert, comparando-o entre os grupos (Hulley et al., 2003).

Para as variáveis contínuas foi calculada a média ou mediana, e a diferença entre os grupos avaliada pelo teste *t* de *student* e teste de Wilcoxon. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Para as principais variáveis dependentes foram estimadas medidas de razão de risco e os intervalos de confiança a 95%. O nível de significância assumido foi de 5%.

Foi realizada análise por intenção de tratamento (Fletcher et al., 1996) à exceção da variável satisfação na pergunta ter ou não o acompanhante. As parturientes que não tiveram o acompanhante no momento do trabalho de parto (7) ou no parto (9) foram excluídas.

### **3.6.2. Abordagem qualitativa**

Para analisar as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e acompanhantes utilizou-se a técnica de análise temática de discurso, de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma proposta metodológica de organização e tabulação de dados qualitativos que parte do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos

sobre um dado tema. Em suma, é uma estratégia discursiva que visa dar luz ao conjunto das individualidades semânticas componentes do imaginário social, é uma forma de fazer a coletividade *falar* diretamente (Lefréve e Lefréve, 2003).

Após a leitura flutuante do material transcrito das entrevistas, busca-se identificar as três figuras metodológicas:

- *Expressões-chave* (EC): pedaços, trechos ou transcrições literais dos discursos, que devem ser identificados e destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento.
- *Idéia Central* (IC): nome ou expressão lingüística que revela e descreve de forma sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto de EC que irá compor o DSC. A IC é uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.
- *Discurso do Sujeito Coletivo*: discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas EC que têm a mesma idéia central (Anexos 6 e 7).

Para a tabulação dos dados deve-se seguir rigorosamente os seguintes passos:

- *Primeiro*: copiar, integralmente, o conteúdo de cada questão de todos os entrevistados;
- *Segundo*: identificar e destacar em cada uma das respostas as EC das IC provisórias;
- *Terceiro*: identificar as IC, a partir das EC;

- *Quarto*: identificar e agrupar as IC de mesmo sentido, de sentido equivalente ou complementar;
- *Quinto*: denominar cada um dos agrupamentos, o que implica criar uma IC síntese que expresse, da melhor maneira possível, todas as IC provisórias de mesmo sentido;
- *Sexto*: construir um DSC para cada agrupamento de IC, definido no passo anterior. Para tanto, é preciso organizar de forma sequencial as EC equivalentes a cada IC, do mais geral para o mais particular. A ligação entre as partes do discurso deve ser feita através da introdução de conectivos que proporcionam coesão. Deve-se eliminar particularismos sobre os eventos e repetições de idéias.

Para a organização das entrevistas foi usado o programa *Ethnograph V* 5.0 (Seidel, 1998), que facilitou a codificação e visualização dos temas, das idéias centrais e suas respectivas expressões-chave para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os dados/resultados obtidos sofreram um processo de validação externa (Turato, 2003), por pares do pesquisador, que discutiram as oposições e/ou objeções sobre os achados.

### **3.7. Aspectos éticos**

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP (Anexo 8) e autorizado pela Diretoria Clínica do hospital em que foi desenvolvida.

As parturientes elegíveis, os acompanhantes e os profissionais de saúde foram orientados sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, e manifestaram desejo de participar por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 9, 10 e 11).

A confidencialidade dos dados foi rigorosamente respeitada, segundo os princípios da Declaração de Helsinque (Declaração de Helsinque, 2000) e da Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

## 4. Publicações

---

Artigo 1 - **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.**

Cadernos de Saúde Pública 2005; 21(5): 1316-27.

Artigo 2 – **The effectiveness of the support provided to woman by a companion of her choice during childbirth.**

Obstetrics & Gynecology (submetido).

Artigo 3 - **O apoio no processo do nascimento por pessoa escolhida pela parturiente: percepções de profissionais de saúde e de acompanhantes**

Revista de Saúde Pública (submetido).



## 4.1. Artigo 1

1316 REVISÃO REVIEW

### Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura

Evidence on support during labor and delivery: a literature review

Odaléa Maria Brüggemann <sup>1,2</sup>  
Mary Angela Parpinelli <sup>1</sup>  
Maria José Duarte Osis <sup>1,3</sup>

#### Abstract

*The effects of support for women during labor and delivery provided by health professionals, lay women, and doulas on the maternal and neonatal outcomes have been evaluated through randomized clinical trials, meta-analyses, and systematic reviews. This article presents a review of these studies, focusing on the principal characteristics, support provider, simultaneous presence of the woman's spouse and/or family members during labor and delivery and the outcomes. The analysis included studies published from 1980 to 2004 which explicitly approached these aspects. In general, the results of such support were favorable, highlighting a reduction in the cesarean rate, analgesia/medication for pain relief, duration of labor, and utilization of oxytocin and an increase in maternal satisfaction with the experience. The benefits were greater when the support provider was not a health professional. The available studies did not evaluate the specific companion chosen by the woman as a support provider, which constitutes a gap in the knowledge that should be filled by future research.*

*Obstetric Labor; Parturition; Perinatal Care*

#### Introdução

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma "aparaideira" de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares. No século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização <sup>1</sup>.

A institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo do nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes <sup>2,3</sup>. Assim, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de pré-parto coletivo, com pouca ou nenhuma privacidade, assistidas com práticas baseadas em normas e rotinas que as tornaram passivas e impediram ou impossibilitaram a presença de uma pessoa de seu convívio social para apoiá-las.

Os procedimentos de internação em maternidade acontecem como um verdadeiro cerimonial, um *rito de passagem*, repleto de rotinas e normas de comportamento que são ditadas pela instituição <sup>2</sup>. De maneira geral, existe uma contradição entre o que prescreve a ciên-

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

<sup>3</sup> Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, Campinas, Brasil

#### Correspondência

O. M. Brüggemann  
Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,  
Rua Santo Inácio de Loyola 64,  
apto. 103, Florianópolis, SC,  
88015-330, Brasil.  
odaléa@ufrj.ufsc.br

cia e a maneira como as práticas se organizam. Esta irracionalidade tem intrigado muitos estudiosos que lidam com a medicina perinatal, os movimentos sociais, além dos antropólogos, compondo o que se chama hoje de "*antropologia do parto*"<sup>3</sup>.

Nas últimas décadas, em hospitais do mundo, o suporte à mulher durante o trabalho de parto tornou-se mais uma exceção do que uma rotina. O interesse sobre o retorno desse apoio vem acontecendo como uma das estratégias de humanização do nascimento<sup>4</sup>.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto difere de acordo com o contexto social, a política de saúde do país e sua legislação, mas principalmente de acordo com a filosofia da maternidade. Assim, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, em outros não é permitida ou há restrições<sup>5</sup>.

No Brasil, algumas maternidades estão adequando a sua área física para possibilitar a permanência de um acompanhante, escolhido pela parturiente, sem comprometer a privacidade das demais parturientes, e até mesmo implantando o modelo conhecido como PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), que possibilita que a assistência nos períodos clínicos do parto seja realizada no mesmo local, o que proporciona conforto e individualidade<sup>6,7</sup>.

O processo de mudança no panorama brasileiro foi estimulado por diversos acontecimentos, entre eles a *Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto*, que ocorreu em Fortaleza, em 1985, na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério. Essa recomendação, entre outras, foi baseada na revisão do conhecimento sobre o uso de tecnologia de nascimento que indica a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente<sup>8</sup>.

As evidências científicas sobre os benefícios do acompanhante para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido inspiraram a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA) a iniciar uma campanha pelo direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha. Essa campanha foi lançada em maio de 2000 e contou com o apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras, e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo<sup>9</sup>.

Essa campanha se ampliou e foi apoiada pelos profissionais de saúde das maternidades que já permitiam a presença do acompanhante. A senadora Ideli Salvati (PT/SC), com suporte técnico dos pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento da Universidade Federal de Santa Catarina, elaborou o projeto que resultou na *Lei n. 12.333*, de 12 de março de 2002, assegurando o acompanhamento no parto em todos os hospitais públicos e conveniados naquele Estado. Também apresentou ao Senado Federal projeto similar para que este benefício fosse para todas as mulheres do país<sup>10</sup>.

Como resultado de toda essa mobilização, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a *Lei n. 11.108*, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato<sup>11</sup>.

De maneira geral, os profissionais de saúde possuem receio e idéias pré-concebidas negativas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento<sup>12,13</sup>. A necessidade de implementar a nova legislação oportuniza que esses profissionais vivenciem a experiência, e consequentemente possam identificar e compreender os aspectos que envolvem essa prática.

A presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, por si só não pode ser considerado como sinônimo de suporte, entretanto, pode ser dado a ele condições e apoio para realizar essa atividade. O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto<sup>14,15</sup>.

A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em que confia e com quem se sinta à vontade<sup>16</sup>. Na literatura, o conceito de acompanhante tem sido utilizado para descrever o suporte por diferentes pessoas que possuem características muito distintas, de acordo com o contexto assistencial envolvido, podendo ser profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, *doula* e mulher leiga designada para tal função.

Na América do Norte, as mulheres com um treinamento especial para dar suporte são co-

nhecidas como *doulas* (do grego = mulher que serve), mas também são chamadas de acompanhantes de trabalho de parto, acompanhantes de parto, assistentes de trabalho de parto ou parto <sup>4</sup>. Essas diversas denominações geram na literatura e na prática assistencial uma certa ambigüidade conceitual. Assim, o termo *doula* é utilizado, de maneira geral, para denominar mulheres que dão suporte à parturiente, mas sem muitas vezes levar em conta a sua formação ou nível de treinamento.

Apenas estudos observacionais têm buscado compreender a utilidade e a forma de suporte provido por familiares, pelo cônjuge e amigos da parturiente <sup>14</sup>. A parturiente percebe a presença desse acompanhante como de grande ajuda, especialmente relacionada ao apoio emocional e conforto físico <sup>17</sup>. Dentre as atividades realizadas, o acompanhante permanece ao lado da parturiente segurando a sua mão, realiza massagens, auxilia no banho e na deambulação, e encoraja no período expulsivo <sup>7,18</sup>. As atividades de suporte variam de acordo com as necessidades, desejos e cultura da mulher <sup>14</sup>.

Por outro lado, a avaliação dos efeitos do suporte dado à mulher durante o trabalho de parto/parto por profissionais de saúde, *doulas* e mulheres leigas tem sido foco de estudo em vários ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, tornando-os uma prática embasada nas evidências científicas. Este artigo tem como objetivo apresentar as principais características desses estudos, e se os seus resultados se associam ou não com o tipo de provedor de suporte e com a simultaneidade ou não da presença do companheiro/familiares da parturiente. Ao mesmo tempo, pretende-se identificar se a presença de acompanhantes/familiares tem sido avaliada como uma forma de suporte ou se estão presentes somente para compartilhar a experiência.

### Sujeitos e métodos

A Prática Baseada em Evidência é uma proposta assistencial e pedagógica fundamentada na epidemiologia clínica, bioestatística e informática em saúde, desenvolvida na década de 1980 na Universidade de McMaster, no Canadá. Ela pretende preencher a lacuna entre a pesquisa qualificada e a prática correta, por meio da busca de evidências que embasam as condutas e procedimentos. Este novo paradigma reconhece o valor da experiência clínica e da avaliação intuitiva, mas propõe que elas sejam aliçadas em evidências. Dessa forma pode contribuir para limitar o autoritarismo no ensino e

na prática assistencial, através do estímulo à iniciativa e criatividade <sup>19</sup>.

O início desse movimento é atribuído ao epidemiologista Dr. Archie Cochrane. Na medicina perinatal, a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados foi publicada em 1989 por Chalmers et al. – *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* – e na forma eletrônica foi a *Oxford Database of Perinatal Trials*. Em 1992 foi desenvolvido o projeto conhecido como *Cochrane Collaboration*, que contempla as revisões de ensaios clínicos controlados na área de saúde <sup>20</sup>.

Para a elaboração desta revisão foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE, LILACS, PubMed, SciELO e ISI Web of Science, entre os anos de 1980 e 2004, com base nas palavras-chave: suporte/apoio (*support*), acompanhante (*companionship or companion*), doula, trabalho de parto (*labor*) e parto (*childbirth or delivery*).

Os estudos selecionados foram classificados em duas categorias: os que apresentavam evidências grau I (ensaios clínicos randomizados) e os que sintetizavam as evidências (revisões sistemáticas e metanálises) sobre o suporte fornecido à mulher durante o trabalho de parto e parto. A partir dessa seleção, foram incluídos somente os ensaios clínicos randomizados que compararam um grupo com suporte e outro sem; que apresentavam informações sobre as parturientes, quem era o provedor de suporte, os resultados maternos/perinatais; e os que explicitavam se era permitida ou não a presença do companheiro/familiares da parturiente. E também foram incluídas as revisões sistemáticas e metanálises que avaliaram ensaios clínicos randomizados. Considerando esses critérios, o material analisado constou de dez ensaios clínicos randomizados (nove publicados na íntegra e um na forma de *abstract*), duas revisões sistemáticas e duas metanálises.

Constituído o conjunto de ensaios clínicos a serem analisados, identificaram-se as peculiaridades assistenciais das instituições em que foram desenvolvidos, as características do provedor de suporte, a simultaneidade ou não da presença do companheiro/familiares da parturiente, as variáveis sobre a evolução do trabalho de parto/parto, e os resultados maternos e perinatais. As revisões sistemáticas e metanálises foram utilizadas para consolidar alguns resultados e auxiliar na discussão dos mesmos.

Para este trabalho de revisão, considerou-se o suporte durante o trabalho de parto como a presença de uma pessoa designada para desenvolver atividades de apoio, que contemplam os aspectos emocionais (encorajar, tranqüili-

zar e estimular), medidas de conforto e orientações. Entendeu-se o termo *doula* como mulher designada para dar suporte à parturiente, que recebeu algum tipo de treinamento, não integrante do quadro de funcionários do hospital em que desempenhou este papel e que não possuía parentesco com a parturiente.

## Resultados

Os resultados serão apresentados em dois eixos condutores. Inicialmente, serão ressaltados aspectos relacionados às características dos ensaios clínicos e, posteriormente, uma análise das variáveis avaliadas nesses estudos e os resultados maternos e perinatais.

### Características dos estudos

Os estudos selecionados apresentam diferentes características no que se refere ao nível de desenvolvimento do país em que foram realizados, aos sujeitos, ao tipo de provedor de suporte, à presença ou não do acompanhante ou familiares da parturiente. Essas características são evidenciadas na Tabela 1, conforme descrito a seguir.

Os primeiros ensaios clínicos para avaliar os efeitos do suporte à mulher durante o trabalho de parto/parto foram realizados na Guatemala, na década de 80, tendo mulheres leigas, sem treinamento, como protagonistas dessa intervenção. Na década de 90, estudos semelhantes foram realizados na América do Norte com *doulas*. Nessas duas décadas e no início do século XXI também foram desenvolvidos estudos no Canadá, para avaliar o suporte provido por profissionais de saúde (parteiras leigas ou em treinamento, enfermeiras). Os efeitos do suporte provido por parente da parturiente, do sexo feminino, foi avaliado em apenas um estudo.

Outro aspecto importante é o nível de desenvolvimento dos países em que os estudos foram realizados, que os autores consideraram como diretamente relacionado às características dos hospitais envolvidos nas pesquisas, embora somente alguns explicitem as rotinas obstétricas presentes. O amplo uso da tecnologia disponível e o manejo ativo do trabalho de parto, típico de países desenvolvidos da América do Norte, são características que podem influenciar nos resultados. Os estudos de Sosa et al.<sup>21</sup> e Klaus et al.<sup>22</sup> foram realizados em hospitais que possuíam poucas intervenções tecnológicas, inclusive o monitoramento fetal eletrônico não estava disponível e o acompanhamento do trabalho de parto era realizado clini-

camente. O ensaio clínico de Kennell et al.<sup>23</sup> pretendeu avaliar se os efeitos do suporte contínuo, encontrados nos estudos de Sosa et al.<sup>21</sup> e Klaus et al.<sup>22</sup>, poderiam ser similares em um hospital de ensino que possuía toda variedade de equipamentos, técnicas obstétricas modernas, manejo ativo do trabalho de parto e as parturientes eram mantidas em leitos de pré-parto para facilitar a rotina hospitalar.

Com relação aos sujeitos envolvidos nos ensaios clínicos, observa-se pouca variação em termos de paridade, apesar de diferir a terminologia. Na maioria das vezes, eram mulheres primíparas, de baixo risco e em início da fase ativa do trabalho de parto. Cabe destacar que no estudo de Hodnett et al.<sup>24</sup> participaram nulíparas e multíparas. Para o estudo de Kennell & McGrath<sup>25</sup>, este dado não estava disponível.

Quanto ao tipo de suporte, nos estudos em que era provido por *doulas*, observou-se uma diversidade em relação à sua formação e nível de treinamento. No ensaio clínico de Langer et al.<sup>26</sup>, a maioria das *doulas* possuía formação profissional, pois eram enfermeiras aposentadas que foram treinadas e contratadas para realizar suporte emocional, medidas de conforto físico, fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto, comunicação social, assegurar contato imediato entre mãe e bebê após o nascimento, além de oferecer orientações sobre o aleitamento durante uma única e breve sessão pós-natal. No estudo de Kennell et al.<sup>23</sup> eram mulheres que receberam treinamento sobre técnicas de suporte, procedimentos obstétricos, evolução normal e distócica do trabalho de parto, e sobre as rotinas do hospital. Essas mulheres foram remuneradas pela sua atividade, que também incluía a transmissão de instruções médicas para a parturiente, quando necessário.

No estudo de Hofmeyer et al.<sup>27</sup>, mulheres voluntárias, selecionadas na comunidade, que possuíam habilidade para expressar empatia, que não tinham experiência de práticas médicas ou de enfermagem, assumiram o papel de confortar, tranquilizar e incentivar as parturientes. Nos estudos de Sosa et al.<sup>21</sup> e Klaus et al.<sup>22</sup>, o provedor de suporte foram mulheres leigas sem treinamento. Todas essas mulheres são classificadas como *doulas* nas metanálises de Zhang et al.<sup>28</sup> e Scott et al.<sup>29</sup>.

O suporte fornecido por profissionais de saúde, especificamente por enfermeiras e parteiras leigas ou em treinamento, também foram avaliados, embora em poucos estudos. Recente artigo de revisão sobre os diferentes provedores de suporte, no período de 1980 a 2003, mostra que os ensaios clínicos randomizados sobre esse tipo de suporte se iniciaram no final

Tabela 1

Características dos ensaios clínicos randomizados.

Ensaios clínicos	Ano	País	Sujeitos	Provedor de suporte	Familiares ou companheiros
Sosa et al. <sup>21</sup>	1980	Guatemala	40 primigrávidas, início do trabalho de parto (1-2cm), baixo risco	Mulher leiga sem treinamento	Não permitida presença
Klaus et al. <sup>22</sup>	1986	Guatemala	465 primigrávidas, gestação à termo, dilatação cervical $\leq$ 3cm, baixo risco	Mulher leiga sem treinamento obstétrico	Não permitida presença
Hodnett & Osborn <sup>33</sup>	1989	Canadá	103 primigrávidas de baixo risco	Parteira leiga ou em início de treinamento	Permitida presença do marido ou companheiro
Hofmeyer et al. <sup>27</sup>	1991	África do Sul	189 nulíparas em trabalho de parto, dilatação cervical $<$ 6cm, sem complicações obstétricas	Mulher voluntária da comunidade sem experiência médica ou de enfermagem	Não permitida presença
Kennell et al. <sup>23</sup>	1991	Estados Unidos	616 nulíparas na fase do trabalho de parto ativa, dilatação cervical 3-4cm	Doula (mulher treinada)	Não permitida a presença
Kennell & McGrath <sup>25*</sup>	1993	Estados Unidos	570 parturientes	Doula	Não permitida a presença
Gagnon et al. <sup>31</sup>	1997	Canadá	413 nulíparas, gestação única, a termo, dilatação cervical $\leq$ 4cm	Enfermeira (treinada)	Permitida presença de familiares
Langer et al. <sup>26</sup>	1998	México	724 primíparas com gestação única, dilatação cervical $<$ 6cm, sem indicação de cesariana	Doula (enfermeiras aposentadas treinadas)	Não permitida a presença
Madi et al. <sup>32</sup>	1999	Botsuana	109 primiparturientes em trabalho de parto espontâneo, sem complicações obstétricas	Parente do sexo feminino (geralmente a mãe)	Não permitida presença de familiares. Apenas durante o estudo, no grupo de intervenção
Hodnett et al. <sup>24</sup>	2002	Estados Unidos/Canadá	6.915 nulíparas e múltiparas, gestação única ou gemelar, gestação $\geq$ 34 semanas	Enfermeira (treinada)	Permitida a presença

\* Estudo não publicado na íntegra, dados extraídos do abstract.

da década de 80 e são poucos, apenas três estavam disponíveis nas principais bases de dados <sup>30</sup>. Esta situação parece permanecer, uma vez que na busca bibliográfica para esta revisão somente esses mesmos artigos foram localizados.

Para Gagnon et al. <sup>31</sup>, a necessidade de investigar o suporte de enfermeira, nomeado "*one-to-one*", nos Hospitais da América do Norte, surge pelo fato de que a mesma integra a equipe que assiste a mulher intraparto, possui conhecimentos que conferem um grau de segurança, e habilidades que complementam a dos companheiros, membros da família ou amigos que geralmente já estão presentes. Em seu estudo, o grupo de intervenção, além dos cuidados de rotina intraparto, recebeu suporte contínuo até uma hora após o nascimento, que con-

sistia em conforto físico (compressas de calor ou frio, auxílio no banho de chuveiro ou banheira, troca de roupa, ajuda na deambulação, massagem, toque terapêutico e posições de conforto), suporte emocional (tranquilizar, encorajar, elogiar e distrair), instrução e demonstração de técnicas de relaxamento. Além das atividades de suporte, a enfermeira também atualizava informações para o médico de plantão sobre o progresso do trabalho de parto.

O mais recente ensaio clínico randomizado que avaliou o suporte provido por enfermeiras foi multicêntrico, realizado em 13 hospitais dos Estados Unidos e Canadá. Nesses hospitais, a taxa de cesariana era menor do que 15,0% e o serviço de analgesia epidural estava disponível nas 24 horas <sup>24</sup>.

Hodnett et al.<sup>24</sup> identificaram nos ensaios clínicos randomizados, que os provedores de suporte possuíam uma variada experiência, formação e vinculação com o hospital em que desempenhavam esse papel. Dessa forma, analisaram as diferenças entre os provedores serem ou não membros da equipe hospitalar. Dos 15 ensaios clínicos avaliados, em oito o suporte foi provido por membros do hospital (enfermeira, parteira ou estudante de parteira), e em sete por não membros do hospital (*doulas*, mulheres sem treinamento, educadores perinatais, enfermeiras aposentadas, parente do sexo feminino – mãe). Entretanto, todos os provedores de suporte partilhavam duas características: ser do sexo feminino e possuir experiência com o nascimento, seja por vivência própria ou pela sua formação<sup>4</sup>.

Na maioria dos ensaios clínicos (Tabela 1) não era permitida a presença do companheiro/familiares da parturiente, em apenas três eles estavam presentes para compartilhar a experiência. A presença ou não do companheiro/familiares da parturiente durante o processo do nascimento, neste estudo, pôde ser identificada segundo algumas características: o nível de desenvolvimento do país e o tipo de provedor de suporte. A maioria dos ensaios clínicos em que não era permitida a presença do companheiro ou familiares foi realizada em países em desenvolvimento<sup>21,22,26,27,32</sup> e o suporte era provido por *doulas*, mulheres leigas sem treinamento e voluntárias da comunidade.

A relação entre a presença ou não do companheiro/familiares da parturiente e as características hospitalares foi apontada na primeira revisão sistemática publicada na *Cochrane Library*. Dos 14 ensaios clínicos randomizados, sete foram realizados em hospitais com condições de países tipicamente desenvolvidos (corpo de parteiras/enfermeiras com alto nível de formação, relativa privacidade para a parturiente e altas taxas de intervenção médica), que permitiam a presença do marido/companheiro ou outro membro da família durante o trabalho de parto. Ao contrário, nos estudos realizados em hospitais com condições mais compatíveis com países em desenvolvimento (superlotação, falta de privacidade, profissionais de baixo nível de formação e baixas taxas de intervenção) não era permitida a presença de familiares<sup>15</sup>.

#### Variáveis avaliadas e resultados

As variáveis avaliadas nos ensaios clínicos e os resultados decorrentes das intervenções estão apresentados na Tabela 2. Observa-se que al-

gumas variáveis foram investigadas em um maior número de estudos do que outras. Apenas no ensaio clínico de Kennell & McGrath et al.<sup>25</sup> não foi possível conhecer todas as variáveis avaliadas, dada a forma de publicação disponível (*abstract*). A maioria dos estudos avaliou os efeitos do suporte sobre as taxas de cesariana, a duração do trabalho de parto, a analgesia, o uso de ocitocina, a aplicação de fórceps e os resultados neonatais. Uma minoria de ensaios estudou a amniotomia, o uso da monitorização fetal eletrônica contínua e do vácuo extrator, a taxa de parto espontâneo, os traumas perineais, o comportamento/satisfação materna, o aleitamento materno e a depressão pós-parto.

Com relação à cesariana, em quatro estudos<sup>22,23,25,32</sup> a taxa foi significativamente menor no grupo que recebeu suporte, sendo que em dois deles o provedor foi uma *doula*, nos outros dois foi uma mulher leiga e um familiar do sexo feminino. Nos estudos em que o suporte foi provido por profissional de saúde não houve diferença entre os grupos<sup>24,31,33</sup>.

Cabe ressaltar que Kennell & McGrath<sup>25</sup> analisaram a cesariana relacionada à renda das mulheres e presença dos parceiros. Entre as mulheres de baixa renda ( $n = 142$ ), das quais apenas 43,0% estavam acompanhadas pelo parceiro, a taxa de cesariana foi similar nos grupos de controle e intervenção (16,4% vs. 15,9%). Entretanto, entre as mulheres do grupo de intervenção, que apresentavam nível médio de renda, todas acompanhadas pelo seu parceiro, a taxa foi reduzida de 27,9% para 14,7% (controle:  $n = 197$ , *doula*:  $n = 231$ ;  $\chi^2 = 11,2$ ,  $p = 0,008$ ). Os autores apontam uma possível influência positiva da presença dos parceiros na redução da taxa de cesariana, especialmente em mulheres de média renda.

A metanálise de Scott et al.<sup>29</sup> classificou os ensaios clínicos de acordo com a característica do suporte provido, ou seja, de forma contínua (durante todo o trabalho de parto/parto) ou intermitente (durante uma parte do trabalho de parto/parto). A redução da taxa de cesariana foi estatisticamente significativa quando prestado de forma contínua (OR = 0,49; IC95%: 0,37-0,65).

A metanálise<sup>28</sup> que avaliou os estudos de Sosa et al.<sup>21</sup>, Klaus et al.<sup>22</sup>, Kennell et al.<sup>23</sup> e Hofmeyer et al.<sup>27</sup> teve como um dos resultados a diminuição da taxa de cesariana no grupo de mulheres que recebeu o suporte por *doula*.

A redução da taxa de cesariana também foi identificada nas duas revisões sistemáticas publicadas na *Cochrane Library*. Hodnett<sup>15</sup> avaliou 14 ensaios clínicos envolvendo mais de 5

Tabela 2

Relação dos ensaios clínicos com as variáveis avaliadas e os resultados.

Ensaios clínicos/ano	Ano	Duração do trabalho de parto	Ocitocina	Amniotomia	Analgesia/drogas para alívio da dor	MFE contínua	Cesariana	Fórceps	Vácuo	Parto espontâneo	Trauma perineal	Resultados neonatais	Comportamento/satisfação materna	Aleitamento materno	Depressão pós-parto
Sosa et al. <sup>21</sup>	1980	< GS											> GS		
Klaus et al. <sup>22</sup>	1986	< GS	< GS		=**		< GS	=				GS < internação UIN			
Hodnett & Osborn <sup>33</sup>	1989	=	=	=	< GS	=	=	=			< GS (episiotomia)				
Hofmeyer et al. <sup>27</sup>	1991	=	=	=	=		=					=	> GS	> GS	
Kennell et al. <sup>23</sup>	1991	=	=		< GS - PE		< GS	< GS		=		=			
Kennell & McGrath <sup>25*</sup>	1993						< GS								
Gagnon et al. <sup>31</sup>	1997	=	< GS	=	=		=	=	=		=	=			
Langer et al. <sup>26</sup>	1998	< GS			=	< GS	=	=	=			=	=	> GS	
Madi et al. <sup>32</sup>	1999		< GS	< GS	< GS		< GS		< GS	> GS	=				
Hodnett et al. <sup>24</sup>	2002	=	=		=	=	=	=	=	=	=	=	> GS	=	=

\* Estudo não publicado na íntegra, dados do abstract, não apresentou todas as variáveis avaliadas;

\*\* O sinal de = representa igualdade entre os grupos de suporte e de controle.

GS = grupo com suporte; PE = parto vaginal espontâneo; UIN = unidade de internação neonatal; MFE = monitorização fetal eletrônica.

mil mulheres (OR = 0,77; IC95%: 0,64-0,91) e Hodnett et al. <sup>4</sup>, 15 ensaios (n = 12.791; RR = 0,90; IC95%: 0,82-0,99).

O uso de fórceps também foi avaliado pela maioria dos estudos, mas em apenas um deles houve uma redução no seu uso. Nesse estudo o suporte foi provido por *doulas* <sup>23</sup>.

As variáveis duração do trabalho de parto e uso de analgesia/medicamentos para alívio da dor foram avaliadas em oito ensaios clínicos. Em três deles, ambas as variáveis apresentaram redução no grupo de intervenção, isto é, nas parturientes que receberam suporte. A redução na duração do trabalho de parto foi mais freqüente nos estudos em que o suporte foi provido por mulheres leigas sem treinamento e por *doulas*. A redução do uso de analgesia ocorreu no estudo de Kennell et al. <sup>23</sup>, suporte provido por *doulas*, mas esta variável foi avaliada apenas nas mulheres que tiveram partos espontâneos. A diminuição do uso de medicamentos para alívio da dor esteve associada ao

suporte fornecido por parteira leiga <sup>33</sup> e por familiar do sexo feminino <sup>32</sup>. Cabe ressaltar que Hofmeyer et al. <sup>27</sup> não encontraram diferença estatística entre os grupos em relação à analgesia, mas parturientes do grupo controle solicitaram mais precocemente o seu uso, a dosagem foi maior, com necessidade de doses subsequentes. Nas revisões publicadas na *Cochrane Library* <sup>4,15</sup> o uso de medicamento para alívio da dor ou algum tipo de analgesia/anestesia foi menor nas mulheres que receberam suporte.

O uso de ocitocina, avaliado em sete ensaios clínicos, foi reduzido em três deles <sup>22,31,32</sup>, mas este resultado não esteve associado a um tipo de provedor de suporte específico; eram mulheres leigas sem treinamento, enfermeiras e parentes do sexo feminino. Entretanto, no estudo de Gagnon et al. <sup>31</sup> os resultados apontaram apenas uma redução de 17,0% no uso de ocitocina (RR = 0,83; IC95%: 0,67-1,04), sem significância estatística.

Chamou a atenção o pequeno número de estudos que avaliaram o efeito do suporte sobre o comportamento/satisfação materna (quatro), o aleitamento materno (três) e a depressão pós-parto (um). Essa situação também aparece na revisão sistemática de Hodnett et al.<sup>4</sup>, em que apenas 6 dos 15 ensaios avaliaram os efeitos do suporte sobre a percepção das mulheres quanto à experiência vivida. As que receberam suporte contínuo referiram menor insatisfação ou visão negativa sobre o nascimento ( $n = 9.824$ ;  $RR = 0,73$ ;  $IC95\%: 0,65-0,83$ ).

Quanto aos resultados neonatais considerados – asfixia intraparto, Apgar do 1º e 5º minutos, tempo de internação, morbidade neonatal (icterícia, taquipnéia, aspiração de mecônio ou sepsis), admissão do recém-nascido em Unidade de Tratamento Intensivo – na maioria dos estudos não se detectou diferenças. Entre seis ensaios<sup>22,23,24,26,27,31</sup> que avaliaram esses aspectos, apenas um<sup>22</sup> obteve uma redução no número de internações na Unidade de Cuidados Neonatais no grupo que recebeu suporte contínuo por mulher leiga. Na primeira revisão sistemática, Hodnett<sup>15</sup> encontrou uma redução no Apgar do 5º minuto menor do que 7 ( $OR = 0,50$ ;  $IC95\%: 0,28-0,87$ ). Entretanto, na revisão mais recente<sup>4</sup> essa redução não foi identificada (em sete ensaios,  $n = 10.695$ ;  $RR = 0,81$ ;  $IC95\%: 0,56-1,16$ ), assim como também não houve uma diminuição das internações dos recém-nascidos em unidade de cuidados especiais.

Cabem ainda algumas considerações sobre a avaliação que as metanálises e revisões fazem acerca do suporte no trabalho de parto/parto. A metanálise de Zhang et al.<sup>28</sup> avaliou os ensaios clínicos nos quais o suporte foi provido por mulheres com ou sem treinamento, mas todas denominadas pelos autores como *doulas*, e apontou como resultado uma redução da duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, fórceps e cesarianas; e um aumento no número de partos normais espontâneos, satisfação materna com a experiência e período pós-parto sem intercorrências.

Na metanálise de Scott et al.<sup>29</sup>, o suporte, classificado como contínuo ou intermitente, foi provido por mulheres (parteiras leigas, mulheres leigas, parteiras ou estudantes de parteira) denominadas pelo autor como *doulas*. Em cinco ensaios clínicos o suporte foi contínuo (durante todo o trabalho de parto) e em outros cinco foi intermitente (durante todo o tempo ou parte dele). O suporte contínuo teve um impacto estatisticamente significativo na redução da analgesia ( $OR = 0,64$ ;  $IC95\%: 0,49-0,85$ ), uso de ocitocina ( $OR = 0,29$ ;  $IC95\%: 0,20-0,40$ ), fórceps ( $OR = 0,43$ ;  $IC95\%: 0,28-0,65$ ), taxa de ce-

sariana ( $OR = 0,49$ ;  $IC95\%: 0,37-0,65$ ) e também na duração do trabalho de parto (diferença entre as médias significativas). O suporte intermitente (por parteiras, estudantes de parteira e mulher leiga) não foi significativamente associado a nenhum dos resultados.

As evidências mais recentes sobre o suporte contínuo durante o trabalho de parto/parto foram publicadas na segunda revisão *Cochrane*<sup>4</sup>. A maioria dos ensaios clínicos (13) fizeram parte da revisão anterior<sup>15</sup>, de maneira que algumas características permanecem e outras se modificam de forma sutil. Os efeitos do suporte durante o trabalho de parto estiveram associados com a redução da anestesia/analgesia regional, parto vaginal operatório, parto cesariana, insatisfação ou percepção negativa da parturiente sobre o nascimento. O suporte não foi associado à diminuição do uso de ocitocina, nos escores baixos de Apgar do 5º minuto, na admissão do recém-nascido em unidade de cuidados especiais e na duração do trabalho de parto. Além disso, não influenciou na percepção das puérperas sobre a dor no trabalho de parto<sup>4</sup>.

## Discussão e recomendações

Nos estudos analisados, em geral o suporte durante o trabalho de parto foi realizado por mulheres designadas pelos pesquisadores para desempenhar esse papel, não sendo uma escolha da parturiente. Os companheiros/famíliares, que possuem vínculo afetivo com a parturiente, estavam presentes em poucos estudos, quando isto fazia parte da rotina do hospital, mas não no papel de provedor de suporte. Entre todos os estudos, o de Madi et al.<sup>32</sup> foi o único em que o provedor de suporte foi um familiar do sexo feminino, geralmente a mãe da parturiente, mas não por escolha desta.

O suporte realizado por um acompanhante escolhido pela parturiente (marido, companheiro, pai do bebê, membro da família ou não) não foi avaliado em nenhum dos ensaios clínicos. Fato também evidenciado em recente publicação sobre o tipo de provedor de suporte<sup>30</sup> e na última revisão *Cochrane*<sup>4</sup>. Existe uma lacuna na literatura sobre os resultados decorrentes desse tipo de suporte.

Os efeitos do suporte à parturiente estiveram mais associados aos resultados maternos, destacando-se redução da taxa de cesariana, seguida pela redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento.



Os resultados neonatais parecem não ser diretamente influenciados por esta intervenção, uma vez que eles foram avaliados em quase todos os ensaios clínicos e apenas em um deles se observou redução da internação dos recém-nascidos cujas mães receberam suporte.

Em todos os estudos e revisões os resultados são benéficos, não sendo apontado nenhum risco ou prejuízo associado à prática do suporte. Parece que os benefícios são maiores dependendo das características assistenciais dos hospitais, do tipo de provedor e da duração do suporte.

Nos estudos em que os efeitos do suporte sobre a redução das intervenções obstétricas foram mais acentuados, não era permitida a presença do companheiro/familiares da parturiente e as condições hospitalares eram compatíveis com as de países em desenvolvimento (falta de privacidade da parturiente, superlotação, entre outros). Esses aspectos influenciam na forma como o profissional de saúde atua no acompanhamento do trabalho de parto e parto, assim como na atitude das mulheres frente à vivência. Além das variáveis avaliadas, que foram amplamente discutidas nos diferentes estudos, alguns autores destacaram que aspectos comportamentais e culturais podem ter influenciado nos resultados, embora não tenham sido medidos, devido à sua subjetividade. Langer et al.<sup>26</sup> consideram que o limitado impacto do suporte sobre as intervenções pode ser decorrente da realização dos procedimentos hospitalares de forma rotineira, do contexto cultural das mulheres, da pequena duração do suporte e do perfil das *doulas*. Hodnett et al.<sup>4</sup> destacam que o suporte é mais efetivo quando inicia precocemente (no começo do trabalho de parto) e se a instituição não dispõe de anestesia epidural de rotina.

Quanto ao tipo de provedor, em alguns estudos, todas as mulheres, independente de terem recebido ou não treinamento, possuem ou não algum tipo de formação na área da saúde, foram denominadas como *doulas*. Percebe-se que há certa ambigüidade quanto ao papel e *status* dessa personagem no acompanhamento do trabalho de parto/parto. São consideradas *doulas* mulheres voluntárias ou pagas para oferecer o suporte, com ou sem experiência técnica na área da saúde, que desempenham atividades estritamente relacionadas às necessidades de conforto físico/emocional da parturiente, ou que também atuam na transmissão de instruções médicas.

A vinculação da *doula* com o serviço de saúde difere de acordo com a realidade assistencial, de modo que, algumas vezes, faz parte do

serviço voluntário do hospital, mas na maioria das vezes os custos do seu serviço são arcados pela parturiente<sup>4,34,35</sup>.

Recente levantamento nacional sobre *doulas* como "*childbirth paraprofessionals*", realizado nos Estados Unidos, mostra que elas são remuneradas, pelas clientes, para desempenharem esse papel. A maioria delas possui treinamento ou experiência relacionada com a saúde, ou seja, eram enfermeiras, parteiras, massagistas ou tinham algum treinamento em preparação para o nascimento. Um número significativo delas não se sentem apoiadas e respeitadas pelos médicos, enfermeiras obstetras, outros clínicos e administradores dos serviços de saúde<sup>36</sup>.

Hodnett et al.<sup>4</sup> ressaltam que o maior achado da última revisão sistemática é de que os efeitos do suporte contínuo intraparto estão associados a maiores benefícios quando o provedor não é membro do corpo de funcionários do hospital. Isto ficou evidenciado nos resultados dos ensaios clínicos em que o suporte foi provido por parteiras e enfermeiras<sup>24,31,33</sup>, treinadas sob o modelo médico, com mais ênfase na técnica do que no manejo emocional e social do trabalho de parto<sup>29</sup>.

Nos estudos realizados em hospitais de países desenvolvidos, em que a família está presente no processo do nascimento, o provedor de suporte foi um profissional de saúde<sup>24,31,33</sup>. Entretanto, os resultados foram similares para os grupos de intervenção e controle, o que pode estar relacionado ao fato de que em ambos os grupos as mulheres também receberam apoio do companheiro/familiares. Para Hodnett et al.<sup>4</sup>, o efeito do suporte parece ser mais forte nos locais em que não é permitida a presença do companheiro e familiares, que podem prover algum apoio.

Em contrapartida, a maioria dos ensaios clínicos realizados em países em desenvolvimento apresentou duas características marcantes: não permitir a presença do companheiro ou de outro membro da família e o suporte ser provido por *doula* e mulher leiga. Isto pode estar associado a questões culturais do país ou estruturais do hospital. Além disso, pode ser também uma forma de preservar a dinâmica do trabalho hospitalar, uma vez que o suporte provido por mulheres, de alguma forma vinculadas ao serviço ou à parturiente, não requer mudanças para manter a privacidade das parturientes em pré-parto coletivo.

Atualmente existe um movimento mundial para a humanização do nascimento, composto por grupos sociais organizados, em diferentes países, que têm se mobilizado para que ocor-

ram mudanças em diversos aspectos da assistência obstétrica, entre eles a adoção de práticas baseadas em evidências, que inclui o suporte durante o trabalho de parto e parto <sup>37</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera as recomendações da OMS para a assistência ao parto como referência para as práticas realizadas nas maternidades vinculadas ao SUS. Uma das recomendações é o apoio à mulher durante o trabalho de parto/parto <sup>16</sup>.

Alguns anos antes dessa recomendação, algumas maternidades e casas de parto já permitiam a presença do acompanhante de escolha da mulher (companheiro, mãe, irmã, amiga ou outro). Essas experiências têm sido apresentadas e publicadas como relatos, estudos descritivos e qualitativos, nos quais esse tipo de acompanhante é apontado como um componente que contribui para a satisfação das mulheres com a experiência do nascimento <sup>17,18,34,38</sup>. Entretanto, nos dias atuais, a maioria das parturientes ainda não possui um acompanhante para lhe dar apoio durante todo o processo do nascimento.

Apesar do recente sancionamento da *Lei n. 11.108* <sup>11</sup>, em abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, tem-se um vasto caminho a ser percorrido para a sua implementação. A presença desses novos sujeitos, acompanhantes de trabalho de parto e parto, pode provocar reações positivas e negativas nos profissionais, sendo que alguns são mais receptivos e estimulam a sua participação, e outros se sentem invadidos e questionados <sup>12,13,18</sup>.

Estudos qualitativos mostram que os profissionais possuem uma rejeição inicial, que pode ser atribuída ao preconceito e medo de se sentirem ameaçados e questionados sobre a conduta profissional. No entanto, após terem a experiência de prestar assistência com acompanhante presente, passam a considerá-la positiva, inclusive a diminuição de alguns problemas é atribuída à presença do acompanhante <sup>12,13</sup>.

Diante das evidências de que o suporte durante o trabalho de parto gera resultados maternos benéficos, a atual legislação cria a possibilidade de que as parturientes recebam alguma forma de suporte. Aquelas que não possuem uma pessoa de seu meio familiar e/ou afetivo com disponibilidade para acompanhá-la durante o trabalho de parto poderiam, inclusive, ser acompanhadas por *doulas* voluntárias, que já têm se mostrado úteis para prover suporte para essas mulheres <sup>34,35</sup>.

A presença do acompanhante, escolhido pela parturiente, considerada pela maioria dos

profissionais como um “problema”, pode se transformar numa oportunidade para que o serviço também se beneficie dessa presença. Para tanto, os profissionais devem interagir com esse acompanhante e fornecer orientações necessárias, no momento da internação da parturiente, para que essa pessoa desempenhe o papel de provedor de suporte. Esse acompanhante precisa ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial, logo ele também precisa ser acolhido no contexto assistencial em que estiver inserido. Isto, por certo, produzirá um sentimento de confiança e reconhecimento do seu papel, que refletirá positivamente no desenvolvimento de suas atividades de conforto físico e emocional.

As mudanças no contexto assistencial também requerem que as evidências disponíveis sobre o suporte durante o trabalho de parto sejam conhecidas e debatidas nas instituições de saúde e nos foros profissionais, de maneira a viabilizar e disseminar a boa prática e seus benefícios, para que efetivamente se alcance esse aspecto da humanização do nascimento.

Além disso, a determinação legal ora sancionada no Brasil, de que a mulher pode ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, abre grandes possibilidades de pesquisa para esclarecer e aprofundar as questões aqui discutidas, especialmente em que circunstâncias assistenciais (características do local do nascimento, rotinas de manejo do trabalho de parto/parto e profissionais que assistem a parturiente) o suporte provido por acompanhante escolhido pela parturiente pode ser mais benéfico sobre resultados maternos e perinatais e na satisfação da mulher com a experiência do nascimento. Também se abre a oportunidade de avaliar em nosso meio, de forma mais consistente, os efeitos do companheiro/familiar ou amiga como provedor de suporte, em relação a outros (*doulas* ou profissionais de saúde), e quais as informações devem ser fornecidas ao acompanhante de escolha da parturiente para que possa desempenhar o papel de suporte. A produção desse conhecimento, a partir da realidade brasileira, poderá fornecer subsídios que colaborem para a implementação da legislação em vigor.

## Resumo

*Os efeitos do suporte à mulher durante o trabalho de parto/parto por profissionais de saúde, mulheres leigas e doulas, sobre os resultados maternos e neonatais têm sido avaliados em vários ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões sistemáticas. Este artigo apresenta a revisão desses estudos, enfocando as principais características, o provedor de suporte, a simultaneidade na presença ou não do acompanhante/famíliares da parturiente durante o trabalho de parto e parto, e os resultados obtidos. Foram incluídos os estudos publicados entre os anos de 1980 e 2004, que contemplam explicitamente os aspectos avaliados. De maneira geral, os resultados do suporte são favoráveis, destacando-se redução da taxa de cesáreas, da analgesia/medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da utilização de ocitocina e produzindo aumento na satisfação materna com a experiência vivida. Quando o provedor de suporte não é um profissional de saúde, os benefícios têm sido mais acentuados. Os estudos disponíveis não avaliam o acompanhante escolhido pela parturiente como um provedor de suporte, o que constitui lacuna de conhecimento a ser preenchida.*

*Trabalho de Parto; Parto; Assistência Perinatal*

## Colaboradores

O. M. Brüggemann participou de todas as etapas de desenvolvimento do artigo. M. A. Parpinelli e M. J. D. Osís participaram da idealização do artigo, análise e revisão do texto.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## Referências

1. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
2. Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença; 1996.
3. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [Tese de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo; 2001.
4. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
5. Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? Estudos Feministas 2002; 2:461-81.
6. Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
7. Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga, LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. REME Rev Min Enferm 2003; 7:41-7.
8. Anonymous. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7.
9. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Dossiê de humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos; 2002.
10. Salvati I. Parto humanizado. <http://www.ideli.com.br/artigosler> (acessado em 05/Mai/2004).
11. Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr.
12. Ratto KMN. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. Saúde em Foco 2001; 21:115-35.
13. Florentino LC. A participação do acompanhante no processo de nascimento numa perspectiva de humanização [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
14. Enkin M, Keirse MJC, Neilson JP, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
15. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2002; 1:CD000199.
16. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
17. Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
18. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma

- maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:419-27.
19. Drummond JP, Silva E, Coutinho M. *Medicina baseada em evidências*. São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
  20. Carr KC. Developing and evidence-based practice protocol: implications for midwifery practice. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45:544-50.
  21. Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980; 303:597-600.
  22. Klaus MH, Kennell JH, Robertson S, Sosa R. The effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *BMJ* 1986; 293: 585-7.
  23. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 1991; 265:2197-201.
  24. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:1373-81.
  25. Kennell J, McGrath S. Labor support by a doula plus father *vs.* father alone for middle-income couples – the effect on perinatal outcomes. *J Dev Behav Pediatr* 1993; 14:277.
  26. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:1056-63.
  27. Hofmeyer GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:756-64.
  28. Zhang J, Bernasko JW, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 4:739-44.
  29. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1054-9.
  30. Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49:24-31.
  31. Gagnon A, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth* 1997; 24:71-7.
  32. Madi BC, Sandall J, Bennett R, MacLeod C. Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1999; 54:627-8.
  33. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health* 1989; 12:289-97.
  34. Leão MRC, Bastos MARB. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latinoam Enfermagem* 2001; 9:90-4.
  35. Silva AVR. *O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.
  36. Lantz PM, Low LK, Varkey S, Watson RL. Doulas as childbirth paraprofessionals: results from a national survey. *Womens Health Issues* 2005; 15: 109-16.
  37. Goer H. Humanizing birth: a global grassroots movement. *Birth* 2004; 31:308-14.
  38. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 48 Suppl 1:23-52.

Recebido em 23/Dez/2004

Versão final reapresentada em 02/Jun/2005

Aprovado em 03/Jun/2005

## 4.2. Artigo 2

Obstetrics & Gynecology (submetido)

**The effectiveness of the support provided to woman by a companion of her choice during childbirth.**

Odaléa Maria Brüggemann<sup>1</sup>

Mary Angela Parpinelli<sup>2</sup>

Maria José Duarte Osis<sup>3</sup>

José Guilherme Cecatti<sup>2</sup>

Antônio dos Santos Carvalhinho Neto<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Obstetrical nurse, Masters degree in nursing care, currently working towards doctorate at the School of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas; Professor, School of Nursing, Federal University of Santa Catarina, Santa Catarina, Brazil.

<sup>2</sup> Obstetrician, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brazil.

<sup>3</sup> Sociologist, Investigator at the Campinas Center for Research in Reproductive Health (CEMICAMP), São Paulo, Brazil.

<sup>4</sup> Obstetrician, Coordinator of the Obstetrics Department, State Hospital of Sumaré, affiliated to the Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brazil.

The present study was carried out with the financial support of CAPES, an organ of the Brazilian government for the training and preparation of human resources.

**Running title:** Companion support at delivery

**Address for correspondence:**

Mary Angela Parpinelli

Rua Alexander Fleming 101, Cid Universitária, Caixa Postal 6081

Campinas – São Paulo – Brazil, CEP 13083-881

Telephone: 55 19 37889300, Fax: 55 19 37889396

E-mail: [parpinelli@caism.unicamp.br](mailto:parpinelli@caism.unicamp.br)

**Précis:** The support given to woman by a companion of her choice is significantly associated with greater satisfaction during labor and delivery.

## **Abstract**

**Objective:** To evaluate the effectiveness and safety of the support given to women by a companion of their choice during labour and delivery.

**Methods:** A total of 212 primiparas were enrolled in a randomized controlled clinical trial carried out between February 2004 and March 2005. One hundred and five women were allocated to the group in which support was permitted and 107 to the group in which there was no support. Variables regarding patient satisfaction and events related to obstetrical care, neonatal results and breastfeeding were evaluated. Student's t-test or Wilcoxon's test, chi-square or Fisher's exact test, risk ratios, their respective 95% confidence intervals and a Likert-type evaluation scale were used in the statistical analysis.

**Results:** Overall, the women in the support group were more satisfied with labor (median 88.0 versus 76.0,  $p < 0.0001$ ) and delivery (median 91.4 versus 77.1,  $p < 0.0001$ ). During labor, patient satisfaction was significantly associated with the presence of a companion (RR 8.06; 95%CI: 4.84 - 13.43), with care received (RR 1.11; 95%CI: 1.01 - 1.22) and with medical guidance (RR 1.14 95%CI: 1.01 - 1.28); and during delivery, satisfaction was associated with having a companion (RR 5.57, 95%CI: 3.70 - 8.38), with care received (RR 1.11 95%CI: 1.01 - 1.22) and with vaginal delivery (RR 1.33 95%CI: 1.02 - 1.74). The only factor that was significantly lower in the support group was the occurrence of meconium-stained amniotic fluid (RR 0.51; 95%CI: 0.28 - 0.94). There was no statistically significant difference between the two groups with respect to any of the other variables.

**Conclusions:** The presence of a companion of the woman's choice had a positive influence on her satisfaction with the birth process and did not interfere with other events and interventions, with neonatal outcome or breastfeeding.

## Introduction

The principles outlining the management of labor and delivery were introduced to reduce late maternal and fetal mortality and morbidity. Rates stabilized or fell as a direct consequence of the introduction of these measures, but obstetrical interventions continued to increase, particularly the rate of Caesarean sections. Active management is based on the assumption that the preventive management of events that may potentially result in adverse effects in the mother or the fetus reduces the morbidity rates of both.<sup>1</sup>

Support provided during labor and delivery by professional healthcare workers, non-medical female attendants and trained women (*doulas*) assigned to this task has been evaluated in controlled studies.<sup>2</sup> Data suggest that the effects of support are associated with a reduction in the dissatisfaction or negative perception of women towards giving birth, in the use of analgesia/local anesthesia, and in the frequency of instrumental vaginal delivery (forceps and vacuum extractor) and Caesarean section.<sup>3</sup>

Based on scientific evidence, the World Health Organization therefore recommends that the parturient be accompanied by people she trusts and with whom she feels at ease, possibly her partner, a friend, a *doula*, a nurse or midwife.<sup>4</sup> However, the effects of the support provided by the presence of the woman's chosen companion on her satisfaction, on the events of labor and delivery and on perinatal results have not yet been evaluated in controlled studies.<sup>5</sup> The usefulness of support and the type of support provided by family members, a partner or by friends of the parturient have only been evaluated in observational studies.<sup>2,3</sup>

It is important to recognize and understand the influence of such support not only because of its effect on obstetrical and perinatal events but also on the patient's attitude towards the birth experience itself.



Due to the paucity of data currently available on the effects of the presence of a companion of the woman's choice during the birth process, this study was developed to evaluate the influence of this support provider on the satisfaction of the parturient with labor and delivery and on perinatal results and breastfeeding in the twelve hours following delivery.

## **Methods**

A randomized, controlled clinical trial was carried out between February, 2004 and March, 2005 in the maternity hospital of the Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brazil. Sample size was based on a previous study in which the support given by nurses during delivery was evaluated<sup>6</sup>. Considering a difference of 15.1% between the two groups (intervention and control) with respect to patient satisfaction, and assuming a significance level of 5% and a power of 80%, minimum sample size was calculated at 96 patients in each group. Considering a possible loss of information or discontinuation of up to 10%, total sample size for this study was calculated at 212 women.

Inclusion criteria comprised: primiparas who had a companion present at the time of admission to hospital or who were able to contact a companion immediately; pregnant women bearing a single, full-term fetus; live fetus in cephalic position; active labor – cervical dilation  $\geq 3$  cm and  $\leq 6$  cm; intact membranes or amniorrhexis of  $\leq 2$  hours; uterine height  $< 40$ cm; no evidence of cephalic-pelvic disproportion. Exclusion criteria comprised: women unable to have a companion present; presence of fetal malformation; maternal disease and/or indication for elective Caesarean section.

The study protocol was approved by the Institutional Review Board and authorized by the board of directors of the hospital. The eligible women and their chosen

companions were supplied with information on the objectives and design of the study, and agreed to participate by signing an informed consent form.

Randomization was carried out using a computer-generated sequence of 212 random numbers, each number indicating either the support group or the control group (no support). The individualized assignment numbers were all placed in an opaque container. The eligible women who had agreed to participate in the study selected one of the numbers<sup>7</sup>, and were therefore allocated either to the intervention group (with support) or to the control group (no support). Support was defined as the presence of a chosen companion during labor and delivery.

In both groups, care during delivery was provided according to the routine protocol of the institution, and included active management of labor: early amniotomy, routine use of oxytocin, intermittent electronic fetal heartbeat monitoring, and systematic conduction analgesia. In this institution, the presence of a companion during labor and delivery had not previously been permitted; this, however, was the only difference between the two groups.

The companions who participated in the study received standardized verbal and written instructions provided by the principal investigator. These instructions contained information on: **the activities involved in providing support to the parturient** (stay beside her, provide support, be affectionate, keep her calm, massage her, stimulate and encourage her), **expected behavior** when confronted with signs of tiredness, anxiety, concern, crying, screaming and/or the patient's feelings of inability to cope; **compliance with regulations** (use of standardized clothing, no eating, no smoking, do not touch the equipment or material, contact the nursing staff if you need to leave); and the possibility of **requesting information** from staff. The need to preserve the privacy of the other patients was emphasized.

The dependent variables evaluated included satisfaction, assessed by asking the woman about how she felt during labor and delivery (evolution, having or not having a

companion present, instructions received from the doctors and from the nursing staff, healthcare provided and type of delivery). These questions were answered by choosing one of a sequence of five symbols with facial expressions corresponding to “very dissatisfied”, “dissatisfied”, “satisfied”, “well satisfied” and “very satisfied”. Satisfaction assessment was carried out between 12-24 hours post delivery at rooming in care unit. For the purpose of analysis, satisfaction was considered to have been achieved whenever the answers of “well satisfied” or “very satisfied” were given.<sup>8,9</sup> Duration of the period of dilation; amniotomy in relation to the time of hospital admission and cervical dilation; color of amniotic fluid; use of oxytocin in relation to cervical dilation; time of analgesia in relation to cervical dilation and time of admission to hospital; presence of functional dystocias and changes in fetal vitality; duration of the expulsive phase; time between hospital admission and delivery; time from analgesia until delivery; type of delivery (vaginal/Caesarean) were all evaluated. Neonatal variables comprised: Apgar score at the 1<sup>st</sup> and 5<sup>th</sup> minutes, weight of the newborn infant, admission to the neonatal intensive care unit (NICU), and immediate mother-infant contact following delivery. Variables regarding breastfeeding were: the ability of the infant to take the breast and suckling in the delivery room and in the 12 hours following delivery, breast fissures, and the number of breast-feeds in the first 12 hours.

The SAS software program, version 8.2, was used for statistical analysis. An intention-to treat-analysis was performed. For the analysis of satisfaction, specifically the question regarding the presence or absence of a companion, seven women in the intervention group who did not have a companion present during labor and nine who had no companion during delivery were excluded from the analysis. The general satisfaction score was calculated and compared by using a Likert-type scale.<sup>10</sup> Mean and medians were calculated for the analysis of continuous variables, while Student’s t-test and the Wilcoxon test were used to

calculate differences between groups. For categorical variables, the chi-square test or Fisher's exact test were used. Risk ratios and their respective 95% confidence intervals were calculated for the principal dependent variables. Significance was established as  $p < 0.05$ .

## Results

A total of 212 parturients participated in the study, 105 in the intervention group and 107 in the control group (Figure 1). The woman's chosen companion was not always present at the time of hospital admission but was willing and available to go to the hospital. From a total of 105 companions, the most common choice was the woman's partner/father of the child (47.6%), followed by the woman's mother (29.5%) or another female relative (aunt, mother-in-law, sister, cousin, sister-in-law, grandmother) or friend (22.8%). A total of 49.5% of companions were already present when the parturient was admitted to hospital, while 50.5% were located and invited to participate by telephone, a procedure which incurred a mean delay of 1.8 hours (range 0.5-7.3 hours) in the commencement of support.

The mean age of companions in this study was 33.5 years (range 18-62 years). Most (68.3%) had primary education and 71.3% were in paid employment. Their support was provided continuously and they left the patient's side only sporadically to have a meal or to use the toilet.

Table 1 confirms the homogeneity of the two groups. There was no statistically significant difference between the two groups in the sociodemographic characteristics of the parturients or in the obstetrical variables obtained at the time of hospital admission.

With respect to satisfaction with the birth experience, analyzed by quantifying answers of "well satisfied" or "very satisfied", having a companion present during labor and delivery, respectively, was strongly associated with satisfaction in the intervention

group compared to the control group (RR 8.06; 95%CI: 4.84 – 13.43) (RR 5.57; 95%CI: 3.70 - 8.38). The parturients in the group in which a companion was present were more satisfied with the care they received during labor (RR 1.11; 95%CI: 1.01 – 1.22), with the medical guidance given during labor (RR 1.14; 95%CI: 1.01-1.28), with care received during delivery (RR 1.11; 95%CI: 1.01 - 1.22), and with vaginal delivery (RR 1.33; 95%CI: 1.02 – 1.74), than women in the control group (Table 2).

Figure 2 shows the sum of all the variables of satisfaction during labor (median 88.0, range 60-100, versus median 76.0, range 40-100), ( $p < 0.0001$ ) and delivery (median 91.4, range 57.1-100, versus median 77.1, range 37.1-100), performed with the use of a Likert-type scale. Results show a statistically significant difference ( $p < 0.0001$ ) between the two groups, reflecting the greater overall satisfaction of parturients in the intervention group both with their experience during labor and with delivery.

The occurrence of meconium-stained amniotic fluid was the only variable in which there was a statistically significant difference between the two groups, the rate being significantly lower in the intervention group compared to the control group (RR 0.51; 95%CI: 0.28 – 0.94), (Table 3). There was no statistically significant difference between the two groups for any of the other events of labor or delivery. With respect to the variables regarding the newborn infant and breastfeeding, there were no statistically significant differences between the intervention and control groups (Table 4).

## **Discussion and Conclusions**

These results show that the support provided by having a companion of the woman's choice present during labor and delivery had a positive effect on her satisfaction with the birth experience. This behavioral intervention did not alter the routine of the institution and

was well-accepted by all those involved, as reflected by the fact that no parturient was discontinued from the study due to her companion having to be removed from the area.

No previous sensitization was carried out among the health workers, and the companions underwent no prior preparation. Therefore, the assistance that the women in both groups received during labor and delivery was the standardized care routinely provided in that hospital, and there were no changes in management.

Satisfaction may have been influenced by the data collection procedure in the first 12-24 hours following delivery, which is a period in which feelings of dependency and benevolence and a halo effect are common. This effect describes a lack of criticism due to social ability and/or fear of reprisals, or because of a sensation of relief at having gone through a safe experience and having a healthy baby.<sup>11,12</sup>

Experience during birth has been evaluated in controlled studies in which the type of care provider (*doula*, nurse or lay-person) and correlated aspects varied from study to study. In most cases, anxiety, self-esteem, feelings of failure and difficulty, as well as levels of personal control and pain were assessed.<sup>13,14,15</sup> To compare our results with those of other studies, we identified similar variables in studies in which the support providers were not related to the parturient.

In this study, having the presence of a chosen companion was the variable that most influenced the satisfaction of the parturient with labor and delivery. We agree with Bertsch et al<sup>16</sup> that being able to have the presence of a familiar person during the entire period of labor is the component of support that has most impact on maternal satisfaction. There is no data in the literature from controlled studies evaluating this aspect, possibly due either to the fact that the presence of a partner or other family member<sup>13-15,17-19</sup> was not permitted or because it was already common practice in the institution.<sup>20,21,6</sup>

In the intervention group, women's greater satisfaction with the guidance received from the doctors during labor has also been identified in some descriptive studies, which are more susceptible to bias. However, in those studies, this variable has also been evaluated when the woman was accompanied by a person of her choosing.<sup>22,23</sup> Support also increased satisfaction with the care received during labor and delivery, and this finding is in agreement with data reported by Hodnett et al<sup>6</sup> when the women received support from nurses.

Our findings show that the support provided by the presence of a companion promoted positive changes in the supply of information/guidance and in the form in which care was provided during labor and delivery, which was reflected in the patient's satisfaction. Similar findings were also reported by Mosallam et al<sup>22</sup> and Domingues.<sup>23</sup> On the other hand, when *doulas* or professional healthcare workers are the support providers, instructions are generally supplied by these individuals and are considered as one of the activities inherent to the role they are performing<sup>20,21,19,11</sup>, possibly resulting in the dismissal of the member of staff actually responsible for healthcare.

It is important to emphasize that support also contributes towards satisfaction with vaginal delivery. Similar results were reported in a study on support provided by female volunteers where the presence of family members was not permitted. Women in the control group considered the experience of giving birth worse than they had imagined, compared to those in the intervention group.<sup>14</sup> In another controlled study in which support was provided by *doulas* but where most of the patients also had a companion from their social network, those who received the intervention were also more satisfied with delivery.<sup>24</sup> Therefore, it would indeed appear that the presence of a person specifically designated to provide support positively influences the woman's perception of the birth experience itself.

Similar conclusions may also be drawn with respect to pain, which is considered a great generator of dissatisfaction. In our study, all the parturients were submitted to analgesia during labor. Nevertheless, a significantly greater degree of satisfaction was recorded in the intervention group compared to the control group. It would appear that the influence of pain and pain relief on satisfaction is not as obvious, direct or beneficial as the influence of the attitudes and behavior of professional health workers.<sup>11</sup> Further studies are required to investigate the influence of pain on satisfaction, since the relationship between these factors has been both congruent and discrepant.<sup>3,11</sup>

The support provided by the presence of the woman's chosen companion had a strong impact on her overall satisfaction with labor and delivery. This finding may have been influenced by the woman's expectations regarding the birth experience, by the way in which she perceived her care and by having a companion in a setting in which normally this would not be permitted. The women who had the support of female lay volunteers in a setting in which the presence of family members was not permitted, also had a better perception of labor and delivery.<sup>14</sup> Those who received the support of nurses in the presence of a family member felt less anxious about their health and about the health of their newborn infant.<sup>5</sup>

Our findings are in agreement with those reported by Gordon et al<sup>24</sup> where support was provided by *doulas* and the parturients in both the intervention and control groups were supported by the presence of a family member (husband/partner, mother or other). However, they differ from the findings of Langer et al<sup>19</sup>, who reported that support had no influence on woman satisfaction in a study in which the presence of family members was not allowed and the majority of *doulas* were retired nurses.



In general, the present results on satisfaction are compatible with the meta-analysis carried out by Zhang et al<sup>25</sup> and with a recent, systematic review in which continuous support reduced the dissatisfaction or negative perception of women with the birth experience.<sup>4</sup>

Among the variables with respect to labor and delivery, there was a statistically significant difference between the intervention and control groups only with respect to the occurrence of meconium-stained amniotic fluid. This finding may be due to a possible reduction in the anxiety of patients who received support, although this factor was not measured. It is known that an elevated level of maternal epinephrine resulting from stress affects blood flow to the fetus through an  $\alpha$ -adrenergic constrictive effect on uterine vascularization, causing transitory hypoxia.<sup>26,27</sup> On the other hand, emotional support and the measures of comfort and information provided to the woman may reduce her anxiety and fear, thereby also reducing any adverse effects on labor.<sup>4</sup> It should also be considered that this result may have been a chance finding, since there was no control for this variable.

The lack of effect of support on any of the other events may have been due to the nature of the study protocol, in which active management of labor was adopted. This possible bias may have minimized the effects of support on some of the variables studied. This data is in agreement with results from a multicenter study carried out by Hodnett et al<sup>6</sup> in which support was provided by nurses. The benefits of support may be surpassed by the rates of intervention carried out in the environment in which delivery occurs; routine analgesia being the factor that most reduces the effect of support on obstetrical interventions.<sup>4</sup>

The results regarding the duration of the period of dilation are contradictory to data reported from studies in which support was provided by lay-women<sup>13,15</sup>, *doulas*<sup>19</sup>

and midwives<sup>28</sup>, where there was a reduction in the duration of labor. However, it must be considered that the duration of labor in our study was short in both groups.

With respect to Caesarean section, it is noteworthy that rates were low both in the intervention and in the control groups, and there was no effect of support on these rates. This finding is in conflict with reports from other studies<sup>15,17,18,29</sup> in which the rate of Caesarean section was lower in the group receiving support.

In general, support had no effect on the management of labor in the institution. Interventions such as the use of oxytocin, amniotomy and analgesia, when evaluated in relation to cervical dilation, were carried out early in both groups, and the time between hospital admission, analgesia and amniotomy was less than two hours.

Intervention had no influence on neonatal results and these data are in agreement with findings from other clinical trials.<sup>14,17,19,21,6</sup> In a study carried out by Klaus et al<sup>15</sup>, a greater percentage of infants born to mothers in the control group required admission to the neonatal intensive care unit. In our study, results regarding breastfeeding were similar in the two groups; however, this may be due to a limitation of the study, since breastfeeding was only analyzed in the first twelve hours following delivery. The ideal period for analyzing breastfeeding may be the first months following delivery, as in the studies by Hofmeyr et al<sup>14</sup> and Langer et al.<sup>19</sup>

One important finding of this study is that the insertion of a lay-companion in situations in which the presence of this individual has not previously been permitted has no effect on the routine of the institution. The findings with respect to patient satisfaction may encourage and sensitize healthcare providers to adopt this practice in health institutions in which the presence of a person exclusively designated to carry out the role of support provider is not permitted, or where *doulas*, lay-persons or professional healthcare providers are designated to this role.

In this context, both the method and the results may provide a basis for the planning and execution of actions aimed at implementing this practice. Moreover, our findings may contribute towards increasing the value of the presence of a companion of the patient's choice and transforming this option into a provider of support and not just someone who is present during the birth process. It should be emphasized that this type of support incurs no extra onus to the institution or to the woman. Therefore, socioeconomic status is not a factor that would limit or impede the implementation of this action. Both the parturients and the healthcare providers may benefit from this practice, since support improved maternal satisfaction with the birth process, and consequently benefits all those involved in this process.

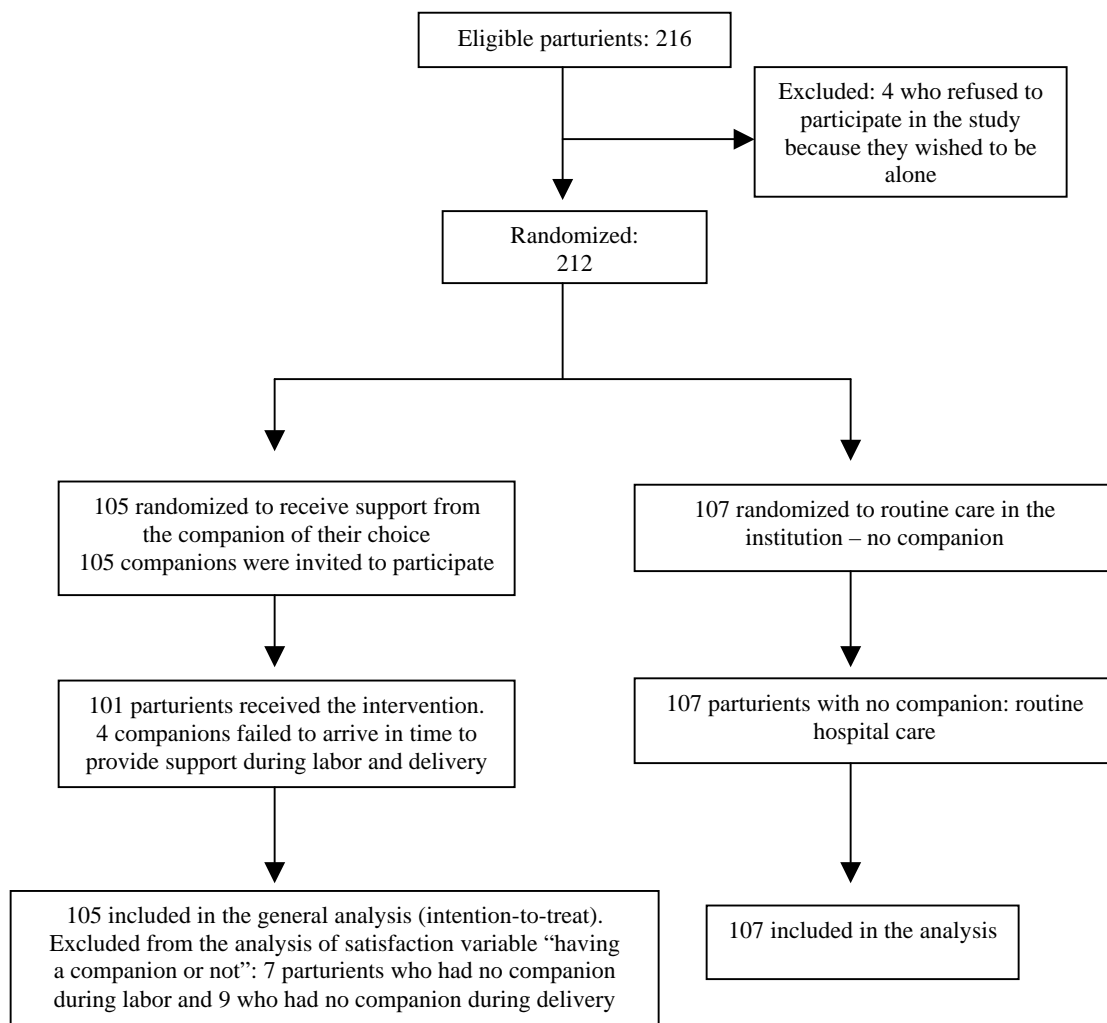
## References

1. Arulkumaran S, Symonds IM. Psychosocial support or active management of labour or both to improve the outcomes of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 617-9.
2. Enkin M, Keirse MJC, Renfrew MJ, Neilson JP. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
4. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide* (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit). Geneva: WHO, 1996.
5. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. [Evidence on support during labor and delivery: a literature review] *Cad Saúde Pública* 2005;21:1316-27.
6. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston, JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:1373-81.
7. Altman, DG, Bland JM. How to randomise. *BMJ* 1999;319:703-4.
8. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth* 1994;21: 4-13.
9. Sadler LC, Davison T, McCowan LME. Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2001;28:225-35.
10. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
11. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S160-72.

12. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 1996;23:144-53.
13. Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980;303:597-600.
14. Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:756-64.
15. Klaus M H, Kennell JH, Robertson S, Sosa R. The effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J* 1986;293:585-7.
16. Berstch TD, Nagashima WL, Dykeman S, Kennell JH, McGrath S. Labour support by first-time fathers: direct observations with a comparison to experience doulas. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990;11:251-60.
17. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 1991;265:2197-201.
18. Kennell J, McGrath S. Labor support by a doula plus father vs father alone for middle-income couples – the effect on perinatal outcomes. *JDBP* 1993;14:277.
19. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:1056-63.
20. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health* 1989;12:289-97.
21. Gagnon A, Waghorn K, Covell C 1997. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth* 1997;24:71-7.

22. Mosallam M, Rizk DEE, Thomas L, Ezinmokhai M. Women's attitudes towards psychosocial support in labor in United Arab Emirates. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 269:181-7.
23. Domingues RMSM. A presença de um(a) acompanhante durante a atenção ao parto: a experiência da maternidade Leila Diniz. In: Barbosa RM, Aquino EML, Heilborn ML, Berquó E. *Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002; p. 279-307.
24. Gordon NP, Walton D, Mcadam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstet Gynecol* 1999;93:422-6.
25. Zhang J, Bernasko JW, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996;4:739-44.
26. Adamsons K, Heubach-Mueller E, Myers RE. Production of fetal asphyxia in the rhesus monkey by administration of catecholamines to the mother. *Am J Obstet Gynecol* 1971;109:248-62.
27. Lederman E, McCann DS, Work B, Huber MJ. Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last-trimester pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:5-7.
28. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. The impact of intrapartum analgesia on labor and delivery outcomes in nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42:59-66.
29. Madi BC, Sandall J, Bennett R, Macleod C. Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. *Birth* 1999;26:4-8.

**Figure 1.** Study Flowchart



**Table 1.** Sociodemographic and obstetrical characteristics of the women, collected at admission to hospital, according to group

<b>Characteristic</b>	<b>Support</b> (n=105)	<b>No Support</b> (n=107)
Age (mean, years)	20.6 (13-42)	20.1 (14-36)
In a stable union (n)	80	92
Secondary education (n)	103	106
Religious (n)	96	100
Non-white skin color (n)	79	75
Housewife (n)	63	67
Start of prenatal care (GA < 28 weeks)	101	103
Number of prenatal visits (≥ 6)	84	84
Accompanied during prenatal care (n)	44	54
Participated in classes for pregnant women (n)	16	16
Gestational age (mean, weeks)	39.2 (37-42)	39.0 (37-42)
Cervical dilation (mean, cm)	3.9 (3-6)	3.9 (3-6)
Cervical effacement ≥ 80% (n)	75	68
Intact amniotic membrane (n)	82	83

There were no statistically significant differences between the groups, according to the relevant Wilcoxon, Chi-square or Fisher's Exact tests.

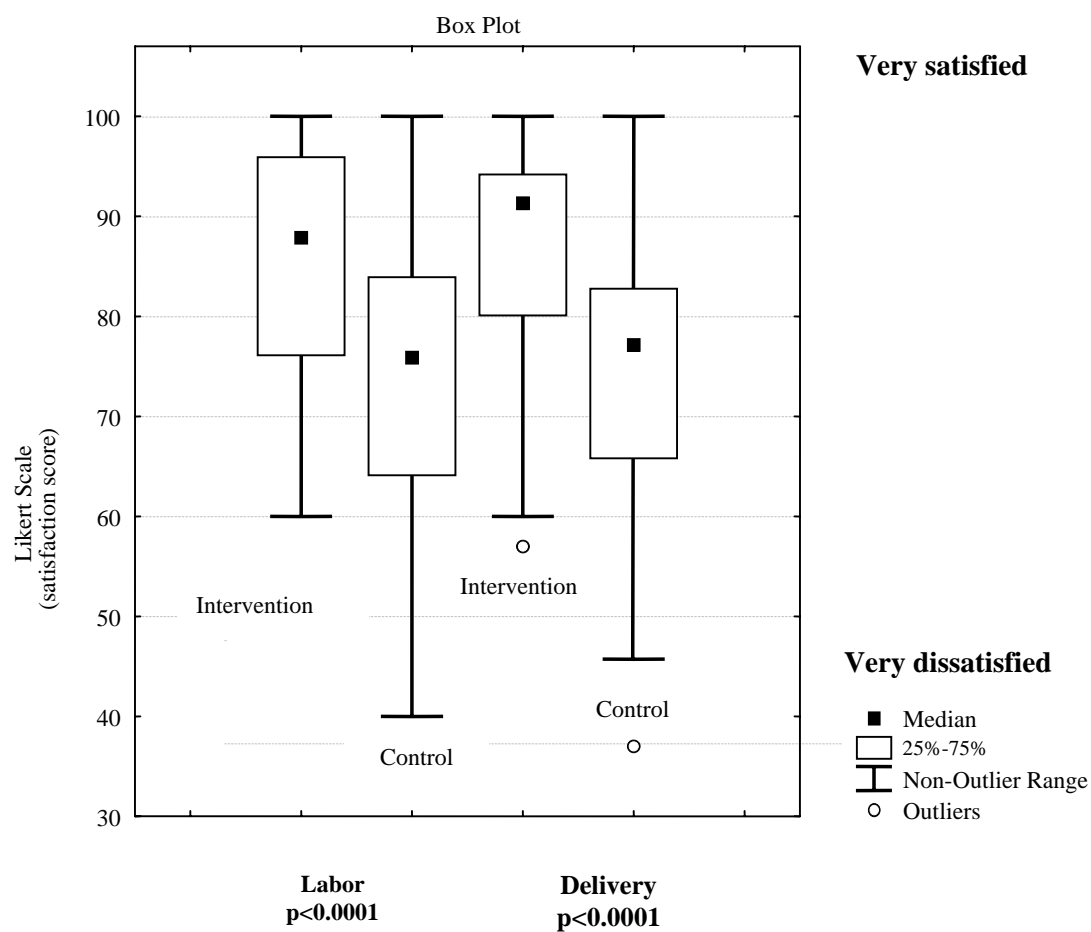


**Table 2.** Risk ratios and 95% confidence intervals for satisfaction (“well satisfied” or “very satisfied”) during labor and delivery, according to group

<b>Variable</b>	<b>Support</b> (n=105)	<b>No support</b> (n=107)	<b>RR</b> (95%CI)	<b>p value</b>
<b>Labor</b>				
Evolution	56	49	1.16 (0.89-1.53)	0.272
Having or not having a companion	96 <sup>§</sup>	13	8.06 (4.84-13.43)	<0.0001*
Care received	98	90	1.11 (1.01-1.22)	0.034
Medical guidance	94	84	1.14 (1.01-1.28)	0.028
Guidance from nursing staff	94	89	1.08 (0.97-1.20)	0.178
<b>Delivery</b>				
Evolution	73	60	1.24 (1.00-1.53)	0.042
Having or not having a companion	95 <sup>§</sup>	19	5.57 (3.70-8.38)	<0.0001*
Care received	98	90	1.11 (1.01-1.22)	0.034
Medical guidance	91	86	1.08 (0.96-1.22)	0.217
Guidance from nursing staff	93	92	1.13 (0.72-1.77)	0.571
Type of delivery				
Vaginal	58	44	1.33 (1.02-1.74)	0.033
Caesarean	2	6	0.40 (0.10-1.40)	0.193*

<sup>§</sup> 7 and 9 parturients excluded, respectively. Chi-squared test, \*Fisher’s Exact Test.

**Figure 2.** Likert-type scale – satisfaction of the parturients with labor and delivery, according to group.



**Table 3.** Effects of intervention on the events of labor and delivery, according to group

<b>Event</b>	<b>Support (n=105)</b>	<b>No support (N=107)</b>	<b>RR (95% CI)</b>	<b>p value</b>
<b>Cervical dilation</b> (cm), (median)				
Amniotomy	5 (3-8)	5 (3-10)	-	0.958 <sup>†</sup>
Oxytocin	4 (3-9)	4 (3-9)	-	0.653 <sup>†</sup>
Analgesia	5 (3-10)	5 (3-10)	-	0.253 <sup>†</sup>
<b>Functional Dystocia</b>				
Absent	99	97		0.655
Tachysystole	2	3	0.66 (0.11-3.87)	
Hypo/ oligo-systole	4	7	0.58 (0.17-1.91)	
<b>Color of amniotic fluid</b>				
Clear	91	80		0.020
Meconium-stained	13	26	0.51 (0.28-0.94)	
<b>Fetal heart rate</b>				
Unaltered	81	76		
Altered	24	31	1.18 (0.84-1.66)	0.309
<b>Type of delivery</b>				
Vaginal	94	95		
Caesarean	11	12	0.93 (0.43-2.02)	0.862
<b>Time</b> (mediana)				
Period of dilation <sup>§</sup> (h)	3.4 (1.2-15.5)	3.8 (1.4-11.8)	-	0.123 <sup>†</sup>
Admission – amniotomy	1.1 (0-6.9)	1.2 (0-9.0)	-	0.639 <sup>†</sup>
Admission – analgesia (h)	1.7 (0.1-7.8)	1.8 (0.3-9.3)	-	0.283 <sup>†</sup>
Second period of delivery <sup>§</sup> (min)	18 (4.8 -75)	16.2 (1.2-48)	-	0.368 <sup>†</sup>
Analgesia – birth (h)	2.3 (0.1-14.6)	2.3 (0.1-8.6)	-	0.605 <sup>†</sup>
Hospital admission – birth (h)	3.8 (1-16)	4.3 (1.3-12.2)	-	0.284 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>Wilcoxon test, <sup>§</sup>Caesarean sections excluded, Chi-square test, ∩ missing data – 1 woman in each group.

**Table 4.** Variables of the newborn infant and breastfeeding, according to group

Variable	Support (N=105)	No Support (N=107)	RR (95%CI)	p value
Apgar score at 1 minute < 7	20	21	0.97 (0.56-1.68)	0.915
Apgar score at 5 minutes < 7	3	2	1.53 (0.26-8.96)	0.681*
Weight of newborn infant (g) (mean $\pm$ SD, 95%)	3.197 (2.360-4.245)	3.246 (2.410-4.145)	-	0.370 <sup>¶</sup>
Admission to NICU	5	6	0.91 (0.47-1.77)	0.781
Immediate contact mother/newborn	52	41	1.29 (0.95-1.76)	0.100
Time of contact mother/newborn (min) (mean $\pm$ 95% SD)	25.1 (10-55)	22.7 (10-40)	-	0.360 <sup>‡</sup>
Takes breast/suckles in delivery room	12	7	1.75 (0.72-4.26)	0.213
Takes breast/suckles (12 hours following birth)	99	100	1.08 (0.59-1.97)	0.801
Breast fissure	7	6	1.19 (0.41-3.42)	0.747
Number of breast-feeds 12 hours following birth (mean)	4.3 (0-12)	4.4 (0-10)	-	0.589 <sup>‡</sup>

\* Fisher's Exact Test, <sup>¶</sup>Student's t-test, Chi-squared test, <sup>‡</sup> Wilcoxon's test

#### 4.3. Artigo 3

# REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

## Journal of Public Health

1

RSP/

25 de outubro de 2005

Ilma. Sra.  
Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
[odalea@nfr.ufsc.br](mailto:odalea@nfr.ufsc.br)

Senhora Colaboradora

Acusamos o recebimento do seu manuscrito submetido à publicação nesta Revista, o qual atendeu a todos os itens exigidos para esta finalidade.

**" O apoio no processo do nascimento por pessoa escolhida pela parturiente: percepções de profissionais de saúde e de acompanhantes "**

***Nº de Registro: - 5409 - Este número é a chave para obter informações e acompanhar o processo de julgamento. Portanto, mencione-o em toda correspondência vinculada ao manuscrito.***

Seu manuscrito será encaminhado à nossa assessoria para a primeira fase de avaliação, destinada a verificar se o trabalho atende à política da Revista, sobretudo quanto às questões ligadas ao conteúdo, além de forma.

Agradecemos sua colaboração.

**Nota:** Favor informar-nos se há interesse em receber por e-mail as próximas correspondências referentes ao seu manuscrito.

Atenciosamente

Profa. Dra. Maria Teresinha Dias de Andrade  
Editora Executiva

**O apoio no processo do nascimento por pessoa escolhida pela parturiente:  
percepções de profissionais de saúde e de acompanhantes**

**Support during labor and childbirth provided by the person chosen by the  
woman: the perception of healthcare professionals and companions**

Odaléa Maria Brüggemann<sup>1, 2</sup>

Maria José Duarte Osis<sup>1,3</sup>

Mary Angela Parpinelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Rua Alexander Fleming 101, Cidade Universitária, Campinas/SP, CEP 13083-881

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-900

<sup>3</sup> Pesquisadora do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas – CEMICAMP. Caixa Postal 6181, Campinas/SP, CEP 13081-970

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia. Trabalho realizado no Hospital Estadual Sumaré da Universidade Estadual de Campinas.

O presente estudo foi realizado com o apoio da CAPES, entidade do Governo Brasileiro voltada para a formação de recursos humanos.

**Correspondência:** Odaléa Maria Brüggemann. Rua Deputado Antônio Edu Vieira nº 1020, apto 204, bloco B, bairro Pantanal, Florianópolis/SC, CEP: 88040-001. e-mail: [odalea@nfr.ufsc.br](mailto:odalea@nfr.ufsc.br)

Título abreviado: Percepções sobre o apoio à mulher no nascimento

## Resumo

**Objetivos:** conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre prestar assistência na presença do acompanhante, escolhido pela parturiente, para prover apoio, e a percepção dos acompanhantes sobre essa experiência.

**Método:** realizou-se um estudo qualitativo, a partir de um ensaio clínico controlado randomizado que avaliou o apoio por acompanhante de escolha da parturiente.

A amostra foi intencional e definida por saturação de informação. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com 11 profissionais e 16 acompanhantes, no centro obstétrico de uma maternidade do complexo hospitalar da UNICAMP.

Empregou-se a técnica de análise temática de discurso, utilizando-se as figuras metodológicas: Idéia Central (IC), Expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** entre as IC dos profissionais destacam-se: no trabalho

de parto não tem diferença em prestar assistência com acompanhante; na sala de parto não há problema; com o acompanhante ocorrem mudanças positivas na assistência; ele dá apoio emocional à parturiente; existem muitos aspectos positivos com relação ao comportamento e a participação das parturientes com acompanhante; elas ficam mais satisfeitas, seguras e tranquilas; o acompanhante não causou problema; ele faz o profissional ter uma atitude mais humana e menos rotineira. As principais IC dos acompanhantes foram: sentimentos positivos,

emoção, satisfação com a experiência; estar junto ajudou muito porque pôde dar apoio emocional; sentiu-se bem recebido pelos profissionais. **Conclusão:** os profissionais consideraram positivo o apoio do acompanhante, e não tiveram problema em prestar assistência na sua presença. Por outro lado, os acompanhantes

se sentiram satisfeitos e felizes com a experiência. As percepções foram congruentes, sem conflitos de opinião.

**Descritores:** Humanização do parto, Acompanhante, Percepção, Médicos, Equipe de enfermagem, Pesquisa qualitativa



## Summary

**Objectives:** to understand the healthcare professional's perception of managing the laboring woman in the presence of the labor companion of her choice, and the labor companion's perception of this experience. **Methods:** a qualitative study was conducted, derived from a randomized controlled trial that assessed support for the laboring woman provided by the companion of her choice. Sampling was intentional and determined through saturation of information. Semi-structured interviews were carried out, with 11 healthcare professionals and 16 companions in the obstetric unit of a maternity facility at the UNICAMP hospital complex. The thematic analysis of discourse was the technique employed, using the following methodological figures: Central Idea (CI), Key-Expressions and the Discourse of the Collective Subject. **Results:** among the CIs of healthcare workers were highlighted: during labor no difference was observed in managing the laboring woman with a labor companion; no problems occurred in the delivery room; positive changes were noted in labor management when a labor companion was present; the companion provided emotional support to the laboring woman; many positive aspects were observed in the behavior and participation of laboring women with a labor companion: these women were more satisfied, secure and calm; the companion caused no problems and encouraged the healthcare professional to adopt a more humane and less routine attitude. The main CIs of labor companions were: positive feelings, emotions, a sense of satisfaction with the experience; being with the laboring woman was a great opportunity to provide her with emotional support; and they felt welcome by

healthcare professionals. **Conclusion:** professional healthcare workers considered positive the support provided by a labor companion, and had no problem in managing the laboring woman in the presence of her companion. On the other hand, labor companions were satisfied and happy with the experience. There was a concordance between perceptions, with no conflicting opinions.

**Keywords:** Humanizing delivery, Companion, Perception, Physicians, Nursing team, Qualitative research

## Introdução

O bem estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um membro de sua família, escolhido por ela, durante o nascimento e em todo período pós-natal<sup>22</sup>. O respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes foi classificada como uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada, com base nas evidências científicas sobre o apoio durante o nascimento<sup>23</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devem ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante o trabalho de parto/parto, ou seja, durante todo o processo do nascimento<sup>3</sup>.

Anos antes dessa recomendação, algumas maternidades passaram a permitir a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o processo do nascimento<sup>16,12,15,13</sup>. Entretanto, em muitos serviços, essa prática ainda não é adotada<sup>8,1,2</sup>.

Há expectativa de mudança nessa situação a partir da sanção da Lei n.11.108, em abril de 2005<sup>4</sup>, como resultado de vários esforços, especialmente da Rede de Humanização do Nascimento. A vigência dessa lei, porém, não assegura a sua implementação. De fato, inicia-se um processo de reorganização dos serviços de saúde e dos profissionais para vivenciarem essa prática. A inserção do acompanhante, escolhido pela parturiente, para lhe dar apoio no processo do nascimento é uma intervenção comportamental que certamente

tende a mobilizar a opinião dos profissionais de saúde e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel.

Estudos que abordam a percepção dos profissionais sobre a presença do acompanhante escolhido pela parturiente, assim como a percepção dos acompanhantes sobre a experiência, têm sido realizados em maternidades em que essa prática ocorre desde a implantação do serviço, ou após um processo de mudança institucional<sup>15,19,10</sup>. Não se sabe, porém, qual será a reação de profissionais que não foram previamente sensibilizados ou não assimilaram que esse é um direito da mulher, a ser respeitado e concretizado nas instituições de saúde.

Este artigo apresenta, a partir de um ensaio clínico controlado randomizado que avaliou o apoio provido pelo acompanhante de escolha da parturiente<sup>5</sup>, a percepção dos profissionais de saúde em prestar assistência na presença desse acompanhante, e a percepção dos acompanhantes sobre a experiência de prover apoio.

## **Sujeitos e Método**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, realizada no centro obstétrico de uma maternidade do complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), localizada na Região Metropolitana de Campinas/SP. Nessa instituição, a presença do acompanhante durante o processo do nascimento ainda não faz parte da rotina assistencial. Entretanto, em virtude da realização do referido ensaio clínico controlado randomizado, as

parturientes do grupo de intervenção tiveram um acompanhante de sua escolha durante todo o processo do nascimento.

Não foi realizado nenhum treinamento ou sensibilização com os profissionais para receberem o acompanhante no centro obstétrico. Ocorreram apenas contatos verbais nos plantões matutino, vespertino e noturno, nos quais foram apresentados os objetivos da pesquisa e a forma como seria desenvolvida.

Os acompanhantes – provedores de apoio, não tiveram qualquer preparo no pré-natal para desempenharem essa atividade, mas receberam uma orientação verbal e escrita, dada pela pesquisadora principal, antes de entrarem no centro obstétrico. As orientações contemplaram as atividades de apoio à parturiente, o comportamento esperado frente às possíveis manifestações de cansaço, ansiedade e preocupação da parturiente; o cumprimento das normas do serviço e a possibilidade de solicitar informações aos profissionais de saúde. Também foi ressaltada a necessidade de preservar a privacidade das demais parturientes no ambiente de pré-parto coletivo.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e autorizado pela diretoria clínica da maternidade. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, e manifestaram desejo de participar por escrito, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi intencional e seu tamanho estabelecido durante a coleta de dados pelo critério de saturação<sup>21</sup>. Participaram do estudo 11 profissionais de saúde (quatro médicos (as) obstetras, três enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem) que trabalhavam nos diferentes turnos, e com faixa etária entre

25 e 48 anos. Também participaram 16 acompanhantes, que possuíam algum parentesco com a parturiente, entre os quais, companheiro/pai do bebê (oito), mãe (três), tia (três), cunhada (uma) e sogra (uma). A faixa etária dessas pessoas variou entre 23 e 51 anos, predominou a escolaridade de nível fundamental (sete) e médio (sete), e a maioria possuía alguma atividade remunerada (14).

A coleta dos dados ocorreu entre outubro de 2004 e março de 2005. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas, com um roteiro temático para os profissionais de saúde e outro para os acompanhantes. Elas foram transcritas integralmente, e conferidas.

Para tratamento dos dados foi utilizada uma técnica de análise temática de discurso. Identificaram-se as *Idéias Centrais* (IC) e as *Expressões Chaves* (EC), a partir das quais foi construído o *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC), que se constitui em uma síntese, na primeira pessoa do singular, das EC correspondentes a cada IC. O uso dessa estratégia discursiva torna mais clara uma representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário social<sup>11</sup>. Para o processamento das informações procedentes das entrevistas utilizou-se o programa *Ethnograph V 5.0*<sup>17</sup>.

Os dados/resultados obtidos sofreram um processo de validação externa<sup>21</sup>, por pares do pesquisador, que discutiram as oposições e/ou objeções sobre os achados.

## **Resultados**

### **Percepções dos profissionais de saúde**

Os temas e as IC que emergiram das entrevistas com os profissionais de saúde contemplam aspectos sobre a sua experiência prévia e a expectativa em

prestar assistência com o acompanhante presente, bem como sua opinião após vivenciarem essa prática. Da totalidade das IC (Tabela 1), apresentaremos as que mais se destacaram, com o seu respectivo DSC.

#### **IC 4 – A expectativa sobre o acompanhante era negativa**

**DSC 4:** *Eu achava que não daria certo, que realmente ia atrapalhar, tinha receio pelo fato deles não terem uma orientação no pré-natal. Fiquei preocupada, a gente não está acostumada, tinha um pé atrás, sabe (...) esses acompanhantes não sabem nem conversar direito... vão impor algumas condições e eu vou ter que ceder. Imaginei que eles iriam ficar alterados no parto e nervosos com a demora do trabalho de parto. As outras pacientes poderiam se assustar, eles poderiam agredir uma de nós ou os médicos. Eu achava que eles pudessem não se comportar ou fazer cobranças, tipo: “Ah! o trabalho de parto tá demorando, porque não faz cesárea.” Achava que ia ser muito difícil, que com o acompanhante seria um empecilho na assistência (...) a parturiente ia queixar mais e o parto não ia evoluir legal e que no final ia ser uma cesárea. Tinha medo... a gente não sabe qual a reação do acompanhante numa eventual emergência, quando vira cesárea ou aquele fórceps mais difícil.*

#### **IC 8 - Nas urgências o acompanhante não interfere na assistência, mas a sua presença gera maior ansiedade no profissional de saúde**

**DSC 8:** *Eu tive uma experiência de urgência, um prolapso de cordão (...) aí você percebe que tem uma ansiedade maior pelo acompanhante estar na sala. E isso de certa forma atrapalhou um pouco, gerou um pouco mais de*

*estresse na equipe. Não que você não vá tomar as atitudes corretas... mas eu me senti um pouco mais ansioso em tomar as decisões pelo fato da pessoa estar na sala... no sentido de resolver logo..., mas não chegou a interferir na assistência. Se tivesse um sofrimento fetal, bradicardia (...) nessa hora você tem que deixar o acompanhante de lado e partir para o atendimento da paciente.*

**IC 9 - Na sala de parto não há problema o acompanhante estar presente, pois a assistência não muda**

**DSC 9:** *Às vezes, na sala de parto, você tenta não transparecer uma situação de estresse para que a pessoa não perceba. Se eu achasse que tinha que fazer determinada coisa, independente de tá ou não com o acompanhante, eu iria fazer... Se a minha conduta é essa, vai ser essa. Mesmo num fórceps mais difícil ou que depois virou cesárea, eles não se manifestaram assim... Ele também tem que se adaptar às regras (...), não ficar adiando a indicação de um fórceps ou uma cesárea porque o acompanhante tá na sala. Nessa hora você tá tão ligado, que esquece do acompanhante, já nem tá vendo a cara de ninguém, tá mais preocupado com a resolução do parto. Fiz um Kielland com o pai na sala, mas ele nem percebeu, a gente tem uma visão e ele tem outra. Então isso foi legal, ver que às vezes ele nem tá percebendo que você tá passando estresse e tudo..., e ele vê que o bebê nasceu bem e ele acompanhou o tempo inteiro. Não é difícil ter alguém junto na sala de parto, não é um monstro de sete cabeças, a pessoa não atrapalha a sua rotina diária*



**IC 10 – Com o acompanhante ocorrem mudanças positivas na assistência, inclusive sentimentos positivos e emoção na equipe**

**DSC 10:** *Você consegue explicar para a paciente o que tá acontecendo, fica mais atento, quer cuidar mais e mostrar que aquilo ali é normal, que o nenê vai nascer bem, que tá tudo bem. A gente quer dar mais atenção pro acompanhante também, começa a englobar ele na assistência, mas nada que venha atrapalhar a rotina da gente. Se a paciente ou acompanhante está constrangida, a gente trabalha isso. A gente acaba dando mais privacidade pra paciente, entre aspas incomodando um pouco menos, talvez porque sabe que tem alguém junto. O acompanhante estando junto é melhor, ele tá vendo que a paciente tá sendo bem cuidada. Eles têm direito e acho legal, me sinto feliz, o clima na sala de parto fica bom. Não se torna tão estressante, a gente procura sempre deixar o ambiente mais simples possível para a pessoa não se impressionar ou se sentir retraída. Eu acho que pra enfermeira é interessante, muda a equipe dela, o jeito que ela fala com a equipe. Você se sente que é um profissional importante para aquela pessoa que tá acompanhando quem ela gosta muito. Você vê a emoção, acaba chorando, se emocionando junto, principalmente quando é o esposo e a esposa. Parece que a gente fica mais sensível, dá mais valor a esse momento importante, lindo.*

**IC 13 - O acompanhante influencia positivamente a evolução do trabalho de parto e parto, porque muda o comportamento da parturiente**

**DSC 13:** *Ah! eu acho que com o acompanhante é mais tranquilo e o trabalho de parto flui melhor, porque elas estão mais seguras e têm mais confiança de que tudo vai dar certo. Mesmo que ela fique mais dengosa, acha que vai ser*

*melhor. Umas eu acho até que evoluem mais rápido, porque elas ficam mais tranquilas e colaboram mais, prestam mais atenção no que o médico e a enfermagem estão explicando... Elas se empenham mais a fazer força na hora de nascer, então tudo sai bem melhor, parece que ela fica mais confiante. Essas que não têm acompanhante acabam sendo diferentes, elas reclamam, choram muito, e com medo elas não conseguem fazer uma boa força na hora que tá nascendo (...) aquele parto acaba sendo sofrido pra ela... acaba nascendo com fórceps ou virando uma cesárea de urgência.*

**IC 16 – Existem muitos aspectos positivos com relação ao comportamento e a participação das parturientes que possuem acompanhante**

**DSC 16:** *A gente vê que não é a mesma coisa compartilhar com a gente o que ela compartilha com a pessoa que tá do lado dela. Ela pode verbalizar algumas coisas que às vezes não verbaliza pra equipe médica e enfermagem. Eu acho que elas ficam mais confortadas, mais seguras e colaboram mais na sala, até entendem melhor a gente. Ela não está assustada ou com medo, então ela vai ter muito mais força no trabalho de parto e no parto. Parece que ela quer mostrar que ela é forte, que ela vai conseguir e que o bebê vai nascer bem, para aquela pessoa que tá ali... independente se for marido, mãe ou amiga. É diferente de estranhos solicitando que ela faça o puxo, orientando ela no parto. Elas são mais fortes para o trabalho de parto chegar ao fim, a satisfação delas é maior, a gente percebe isso no modo delas agirem. Elas ajudam bem mais, pois prestam mais atenção naquilo que você tá falando e aceitam mais. Elas*

*têm um comportamento pra melhor, são mais colaborativas e mais tranquilas, isto faz com que o parto seja mais rápido, melhor, em todos os sentidos.*

### **IC 19 - O acompanhante dá apoio emocional à parturiente**

**DSC 19:** *Acho que o principal papel do acompanhante é estar junto com a parturiente, independente do conhecimento que ele tenha, se é pai da criança, marido, namorado, a mãe, não importa. O importante é a parturiente ter aquele carinho, que muitas vezes a gente não consegue dar.... Vimos acompanhantes super carinhosos, participando, dando apoio, segurando a mão, acalmando, incentivando ela a se comportar de acordo com aquele momento, pra ela ter força. Quando elas estão alteradas, ansiosas ou nervosas, o acompanhante tranquiliza e estimula a colaborar mais... acolhe ela bem, ele fica ali o tempo todo do lado. Às vezes elas têm dúvidas que não querem perguntar pra gente, acabam perguntando pra eles.... Eu percebi que eles costumam confortar quando ela está com dor, alguns até ficam tentando fazer uma massagem.... eles ficam conversandinho... passam confiança pra paciente. Você vê que ele não fica ali só porque precisa ficar alguém. Elas ficam bem mais seguras, nossa! A gente percebe que no parto o acompanhante ajuda a parturiente a fazer força, segurando a mão, tando ali do lado... uns falavam assim: “vamos ajudar, fazer força”.*

### **IC 26 - O acompanhante faz o profissional assumir uma atitude mais humana e menos rotineira**

**DSC 26:** *O acompanhante favorece e em muito a humanização do parto, pra equipe médica e de enfermagem, pra equipe de dentro do hospital... pra*

*gente não tornar o parto algo rotineiro, algo mecânico... ajuda a lembrar que aquela paciente tem uma família que se importa com ela, que tá todo mundo atento ao desfecho obstétrico e neonatal. É uma visão que vem de fora que pode acrescentar muito pra gente, resgatando o lado humano do parto, e não o lado técnico e científico e de rotina de trabalho. O acompanhante pode estar sendo um sinalizador pra gente estar resgatando isso... Todo mundo presta mais atenção no jeito como fala com a paciente, fica mais educado, se policia mais sobre o que vai falar. Presta mais atenção que o momento tá mágico ali... não é só uma paciente que veio ganhar bebê e vai embora....*

### **Percepções dos acompanhantes**

Os temas e as IC que representam os sentimentos referidos pelos acompanhantes entrevistados – provedores de apoio à parturiente durante o processo do nascimento, estão descritos na Tabela 2. Em seguida, destacamos as IC, com o seu respectivo DSC, que expressam mais enfaticamente o pensamento dos acompanhantes sobre a experiência.

#### **IC 1 – O acompanhante teve sentimentos positivos, emoção, satisfação com a experiência, e se sentiu confiante para ajudar**

**DSC 1:** *Ah! sei lá, foi uma emoção tão grande, viu... foi chocante e ao mesmo tempo emocionante, é uma coisa que não tem como explicar... achei bárbaro, fantástico. É uma experiência muito boa mesmo... eu adorei, foi ótimo, fiquei muito contente, fiquei muito emocionada. Me senti muito bem... eu gostei de todos os momentos, até na sala de cirurgia... Foi muito bom pra nós, acho que*

*pro neném também... Quando você tá presenciando, se sente mais confiante pra poder ajudar também... Não sei se foi uma hora ou duas horas que evolui, eu sei que foi rápido demais (...) no começo dá um frio... depois o nenê nasceu, foi ótimo, maravilhoso (...). não tem assim como falar. É uma experiência que a gente não vai esquecer nunca... não há nada que pague o dia de hoje. Ver meu filho nascer (...) tô feliz, porque é um momento muito especial da minha vida. Meu Deus, que sensação mais boa... Eu faria tudo de novo, se fosse o caso.*

### **IC 3 - Estar junto ajudou muito porque o acompanhante pôde dar apoio emocional**

**DSC 3:** *Eu acho que dei bastante força pra ela, quando cheguei ela tava bem desesperada, eu acho que ela se fortaleceu... Dei apoio pra ela, estando do lado e conversando bastante (...) ela se sentiu mais à vontade, ficou mais tranqüila, mais compreensiva, ficou bem mais calma, ajudou muito... ela segurou muito na minha mão, acho que ela se sentiu protegida. Com certeza, se ela tivesse sozinha ela não tinha tanta força pra fazer o nenê nascer. Ela se sentiu com mais coragem, ... a gente orou muito, pedimos pra Deus pra ele ajudar nós... Acho que ajudei muito dando apoio, segurei a mão, fiz um carinho no cabelo, na hora do banho eu fiquei junto, ajudei dá banho. Isso é muito importante (...) é tudo nessa hora. Dando uma força na hora das contrações (...) fiz certinho do jeito que eles mandaram passando a mão na barriga, pegando na mão, tentando acalmar ela, falando para ela que é assim mesmo. A gente não vai sentir as dores por ela, é claro.... mas é uma palavra amiga, um pensamento positivo em oração. Se eu não tivesse acompanhado ela ia ficar nervosa, talvez não tinha*

*sido tão rápido como foi, e ela não sofreu tanto. No primeiro filho, a gente sente insegura, então eu achei que ela se sentiu segura...*

#### **IC 4 – O acompanhante se sentiu bem recebido pelos profissionais**

**DSC 4:** *Melhor não podia ser, me senti nossa!!! o pessoal daqui é muito bom, são profissionais mesmo sabe, me deixaram à vontade, deixaram ela à vontade, brincam com a gente para ajudar a relaxar. Gostei muito e tenho vontade de dar parabéns para eles, eles são bons mesmo. Não tenho do que reclamar não... eu não atrapalhei em nada e eles também não reclamaram nada... Não fui barrado, eu acompanhei tudo... e foram simpáticos, atenciosos e educados, me trataram bem, então me senti bem... pra mim foi maravilhoso. Qualquer dúvida que eu tive eu perguntei e eles foram muito pacientes pra tá explicando (...) tudo nota 10, eu não tenho queixa de nada, nada mesmo!!!*

#### **Discussão**

A percepção dos profissionais de saúde e dos acompanhantes sobre a experiência vivida foi marcadamente positiva. Embora os profissionais não tivessem praticamente nenhuma experiência em prestar assistência com o acompanhante presente durante o processo do nascimento, manifestaram inicialmente uma expectativa negativa, superada, porém, após a experiência.

Em outros estudos qualitativos sobre o tema, os profissionais de saúde também apresentaram rejeição inicial, preconceito, medo da suposta violência dos acompanhantes, e pelos possíveis questionamentos sobre a conduta profissional<sup>15</sup>. Entre os profissionais de enfermagem, especificamente, verificaram-se resultados

semelhantes, com medo do desconhecido, especialmente pela falta de habilidade em lidar com uma interação afetiva junto à parturiente e seu acompanhante<sup>10</sup>.

A superação das expectativas negativas dos profissionais de saúde relacionou-se diretamente à sua percepção de que não houve alteração da assistência e da rotina hospitalar em virtude da presença do acompanhante. Constataram que isto não limitou, restringiu ou alterou a conduta, em especial do médico, responsável pela assistência ao parto na referida instituição.

Em estudos realizados em maternidades que permitem rotineiramente o acompanhante, os profissionais também passaram a considerar essa prática benéfica após a vivência<sup>15,20</sup>. Também referiram que as experiências positivas com o acompanhante fortaleceram a equipe e melhoraram a compreensão das necessidades da parturiente e seus familiares<sup>10</sup>, assim como se verificou em nosso estudo.

Apesar de acabar prevalecendo os aspectos positivos, os profissionais entrevistados referiram que, em situações de urgência, a presença do acompanhante gerou maior ansiedade, e o desejo de resolver logo a intercorrência. Entretanto, isto não interferiu na forma como a assistência foi prestada, pois o profissional concentrava sua atenção na parturiente (DSC 8). No estudo de Pinto<sup>13</sup> (2001), porém, os profissionais julgaram que a presença do acompanhante nas emergências pode prejudicar o atendimento, por não estar preparado para enfrentar essa situação.

Além das questões mais técnicas e de tomada de decisão, muitas IC mostram claramente que o acompanhante gerou mudanças benéficas na assistência, bem como sentimentos positivos e emoção na equipe. Aumentou a orientação e a privacidade dadas à parturiente. Também foi salientado que, quando os profissionais vivenciam a emoção do acompanhante, resgata-se o sentido do

nascimento como um acontecimento de vida e alegria<sup>15</sup>, e isto repercute na atenção dada às mulheres. A presença do acompanhante também proporciona maior abrangência ao cuidado, pois amplia a observação à parturiente e a comunicação das suas necessidades. Isto contribui para que os acompanhantes sejam vistos pelos profissionais de forma positiva<sup>13</sup>.

Os profissionais de saúde também identificaram muitos aspectos positivos quanto aos sentimentos, comportamento, participação e satisfação das parturientes com acompanhante, enquanto as sem acompanhante demonstraram mais medo e dificuldade para vivenciar o nascimento. Esses aspectos também foram apontados pelos acompanhantes, que ressaltaram a sua satisfação em ter contribuído para que eles acontecessem. Esse tipo de apoio, especialmente permanecer ao lado da parturiente e segurar a sua mão, também foi o mais identificado no estudo de Pinto et. al. <sup>14</sup> (2003). Diversas pesquisas mostram que o acompanhante considera a experiência muito boa, pois a sua presença ajuda a parturiente, bem como é importante para o desenvolvimento da paternidade e para reforçar os vínculos familiares<sup>18,6,14,19</sup>.

Os aspectos negativos percebidos pelos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante referiram-se a um possível comportamento inadequado das parturientes: algumas ficaram mais dengosas, mimadas, e desestabilizadas por acharem que o acompanhante era a “salvação”, quando não agüentavam mais a situação (Tema V – IC17). Essa opinião reflete que os profissionais, em geral, esperam que a parturiente tenha um comportamento, que eles consideram adequado, de passividade, resignação e aceitação das circunstâncias, o que é



inerente ao modelo de assistência centrado na conveniência do profissional de saúde e da instituição, e não nas necessidades da mulher<sup>9</sup>.

Os profissionais de saúde consideraram que a duração do trabalho de parto foi igual nas parturientes com e sem acompanhante, geralmente rápido, devido ao protocolo da instituição, de manejo ativo do trabalho de parto. No entanto, destacaram que os efeitos positivos da presença do acompanhante sobre a participação das parturientes contribuíram para a boa evolução do trabalho de parto e parto. Isto é congruente com resultados de outro estudo em que a presença do acompanhante escolhido pela parturiente é incentivada pela equipe de profissionais por considerá-la uma fonte segura de suporte emocional e apoio na facilitação do trabalho de parto<sup>20</sup>.

O acompanhante foi visto como um dos aspectos da humanização do parto, capaz, inclusive, de levar os profissionais de saúde a repensarem o significado do nascimento, e passarem a ter uma atitude mais humana e menos rotineira. Esse tipo de influência também foi observada por Castro<sup>7</sup> (2003), que apontou que a presença do acompanhante resultou em maior empenho dos profissionais para prestarem uma assistência melhor. Entretanto, em nosso estudo, as IC dos discursos dos profissionais também expressam que a analgesia de parto é um aspecto bastante relevante da humanização, independente da presença ou não do acompanhante. O amplo uso da analgesia, na visão de alguns profissionais, é um marcador da assistência humanizada, o que contradiz o modelo de atenção ao parto proposto pela OMS, que não recomenda a sua prática rotineira<sup>9,7</sup>.

Os acompanhantes também se sentiram bem recebidos pelos profissionais de saúde, o que pode ter sido decorrente da ausência de conflito entre eles, e

da percepção dos profissionais de que o apoio foi benéfico para a parturiente e para a própria equipe de saúde.

De modo geral, portanto, os resultados aqui descritos indicam que é possível desconstruir a idéia, muitas vezes, pré-concebida de que a presença do acompanhante pode gerar problemas durante o processo do nascimento. Em que pese a necessidade de se considerar que o discurso extremamente positivo dos profissionais pode conter um viés de cortesia, o conjunto das percepções evidenciou que essa prática foi bem aceita por eles. Além disso, também foi vivenciada de maneira positiva pela pessoa que desempenhou o papel de provedor de apoio.

Ressalte-se que, mesmo quando não é possível realizar qualquer sensibilização dos profissionais para receberem esse “novo personagem” no cotidiano do atendimento ao processo de nascimento, os profissionais podem vir a aceitar a proposta e incorporá-la de forma positiva no desenvolvimento de suas atividades assistenciais. Essa receptividade, entretanto, não é garantia de que as maternidades passem a inserir o acompanhante, pois a efetivação dessa medida também depende de diretrizes institucionais, cuja implementação, certamente, demanda mais esforço e pode suscitar maior resistência do que a experiência vivida pelos profissionais durante a realização do ensaio clínico em questão.

Os achados deste estudo podem, quiçá, contribuir para estimular e subsidiar a implementação da atual legislação em vigor no Brasil, que abre possibilidades para que todas as parturientes, independente do seu nível sócio-econômico e cultural, tenham o apoio de uma pessoa de sua escolha durante todo o processo do nascimento.

## Referências

1. Alves MTSSB. O parto na maternidade – Qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: Barbosa RM, Aquino EML, Heilborn ML, Berquó E. *Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p. 279-307.
2. Boaretto, MC. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003. Disponível em: <http://teses.cict.fiocruz.br/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/> [2005 jul 10].
3. Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. *Parto, aborto e puerpério – Assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001.
4. Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr.
5. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis, MJD. Produção de conhecimento sobre acompanhante no trabalho de parto/parto: abordagem quantitativa e qualitativa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 13., 2005, São Luís *Anais...* Maranhão [CD ROM].
6. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (Sup. 2): S389-S98.

7. Castro JC. *Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos coma assistência ao parto*. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.
8. CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São paulo. *Avaliação dos serviços de saúde de assistência ao parto e ao neonato do Estado de São Paulo 1997 – 1998*. São Paulo; 1998.
9. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [Tese de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da USP; 2001. Disponível: em [www.mulheres.org.br/parto](http://www.mulheres.org.br/parto) [2004 jun 27].
10. Florentino LC. *A participação do acompanhante no processo de nascimento numa perspectiva de humanização* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
11. Lefrève F, Lefrève AMC. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educs, 2003.
12. Leão MRC, Bastos MARB. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9:90-4.
13. Pinto CMS. *Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
14. Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga, LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. *Rev Min Enf* 2003; 7:41-7.

15. Ratto, KMN. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos de Maternidade Leila Diniz. *Revista Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva* 2001; 21:115-35.
16. Santos OMB, Siebert ERC, The Humanization of birth experience at the University of Santa catarina maternity hospital. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75: S73-9.
17. Seidel J. *The ethnograph v5.0: a users guide*. London: Scolari; 1998.
18. Somers-Smith MJ. A palce of the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery* 1999; 15:101-8.
19. Storti JPL. *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal* [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2004. Disponível em: [www.teses.usp.br/](http://www.teses.usp.br/) [2004 nov 23].
20. Tornquist CS. Paradoxos da Humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 2):419-27.
21. Turato ER. *Tratado de Pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes; 2003.
22. World Health Organization. Appropriate techonology for birth. *The Lancet* 1985; 24:436-7.
23. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide* (Maternal and Newborn Heath/Safe Motherhood Unit). Genebra: WHO, 1996.

**Tabela 1. Temas e idéias centrais dos profissionais sobre o acompanhante**

<b>Temas</b>	<b>Idéias Centrais</b>
I. Experiência anterior com o acompanhante	1. Não possuía experiência no serviço público e pouca experiência no privado. 2. Possuía pouca experiência no serviço público e apenas com acompanhantes preparados. 3. Não possuía nenhuma experiência anterior.
II. Expectativa com relação ao acompanhante no centro obstétrico	4. A expectativa sobre o acompanhante era negativa. 5. A expectativa sobre o acompanhante era positiva. 6. Não possuía nenhuma idéia de como seria.
III. Opinião e sentimentos dos profissionais em prestar assistência com acompanhante no centro obstétrico	7. No trabalho de parto não tem diferença em prestar assistência com ou sem acompanhante. 8. Nas urgências o acompanhante não interfere na assistência, mas a sua presença gera maior ansiedade no profissional de saúde. 9. Na sala de parto não há problema o acompanhante estar presente, pois a assistência não muda. 10. Com o acompanhante ocorrem mudanças positivas na assistência, inclusive sentimentos positivos e emoção na equipe.
IV. Evolução do trabalho de parto e parto com o acompanhante	11. O trabalho de parto evolui da mesma forma, com ou sem acompanhante. 12. Não tem condições de avaliar e não observou se há diferença. 13. O acompanhante influencia positivamente a evolução do trabalho de parto, porque muda o comportamento da parturiente. 14. A satisfação da parturiente e do acompanhante influenciam positivamente a vivência.
V. Sentimentos, comportamento, participação e satisfação da parturiente	15. As parturientes com acompanhante ficam mais satisfeitas, seguras e tranquilas. 16. Existem muitos aspectos positivos com relação ao comportamento e a participação das parturientes que possuem acompanhante. 17. Algumas parturientes que têm acompanhante ficam mais queixosas. 18. A parturiente que não possui acompanhante demonstra mais medo e dificuldade para vivenciar o nascimento.
VI. Participação, comportamento e papel do acompanhante	19. O acompanhante dá apoio emocional à parturiente. 20. O acompanhante ajuda a enfermagem em alguns cuidados. 21. A orientação que o acompanhante recebeu facilitou a sua participação e evitou que “atrapalhasse” o serviço. 22. O acompanhante não causou problema, ele entendeu o seu papel, interagiu com a equipe e respeitou as condutas. 23. O acompanhante se sente feliz e gratificado por participar e compartilhar a experiência. 24. Se o acompanhante tivesse mais conhecimento, através de um preparo no pré-natal, poderia ajudar mais. 25. Alguns acompanhantes se inibem e não participam como esperado.
VII. O acompanhante e a humanização da assistência no nascimento	26. O acompanhante faz o profissional assumir uma atitude mais humana e menos rotineira. 27. Com ou sem acompanhante pode haver humanização. 28. A analgesia de parto é um aspecto da humanização.

**Tabela 2. Temas e idéias centrais dos acompanhantes sobre a experiência**

<b>Temas</b>	<b>Idéias Centrais</b>
I. Sentimentos e opinião do acompanhante sobre a experiência	1. O acompanhante teve sentimentos positivos, emoção, satisfação com a experiência, e se sentiu confiante para ajudar. 2. A experiência foi boa porque pôde acompanhar o atendimento.
II. O apoio do acompanhante durante o trabalho de parto e parto	3. Estar junto ajudou muito, porque o acompanhante pôde dar apoio emocional
III. A interação do acompanhante com os profissionais de saúde	4. O acompanhante se sentiu bem recebido pelos profissionais de saúde. 5. O acompanhante se sentiu bem porque achou que a assistência à parturiente era boa e os profissionais de saúde estavam sempre perto para ajudar.

## 5. Discussão

---

Avaliar o apoio por acompanhante de escolha da parturiente é um tema de pesquisa estimulante e, ao mesmo tempo, desafiador. Trata-se de uma intervenção comportamental que gera diferentes sentimentos nos personagens envolvidos – parturiente, acompanhante, profissionais de saúde responsáveis pela assistência e pesquisador.

A complexidade que envolve inserir esse acompanhante para assumir o papel de provedor de apoio à parturiente, em um contexto assistencial que não é rotina, constitui-se em objeto de pesquisa que requereu, sem dúvida, uma abordagem diferenciada, para aproximar-se das múltiplas facetas envolvidas. Assim, nesta tese, a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa possibilitou desvelar e aprofundar, de forma simultânea, o conhecimento sobre o fenômeno investigado.

Em meio à grande lacuna de conhecimento sobre o tema, especialmente no Brasil, identificada no primeiro artigo, a introdução do acompanhante escolhido pela parturiente no processo do nascimento não interferiu nos indicadores da qualidade técnica da assistência, mas produziu impacto positivo na satisfação



da parturiente, e refletiu-se nas percepções positivas dos profissionais de saúde e dos próprios acompanhantes. A repercussão na satisfação da parturiente foi, inclusive, notada pelos profissionais como relevante para o alcance de indicadores satisfatórios na assistência.

Nesta discussão, pretende-se interrelacionar as três etapas que constituíram esta tese, para proporcionar uma visão contextual dos passos da pesquisa e a imbricação dos seus resultados.

Na revisão da literatura identificou-se que o apoio por acompanhante escolhido pela parturiente tem sido avaliado por estudos observacionais e qualitativos. Nos ensaios clínicos analisados, os companheiros e familiares, quando presentes, estavam compartilhando a experiência, mas o apoio era provido por uma *doula*, mulher leiga voluntária, *midwife* ou enfermeira. Apenas no estudo de Madi et al. (1999) o apoio era por familiar do sexo feminino, mas não que tenha sido escolhido pela parturiente. O reconhecimento das diferentes características assistenciais dos locais em que os estudos foram desenvolvidos, assim como dos tipos de provedores de apoio, foi fundamental para interpretar os dados que emergiram nas etapas posteriores.

Através do ensaio clínico controlado randomizado, apresentado no segundo artigo, avaliou-se a influência do apoio pelo acompanhante escolhido pela parturiente sobre sua satisfação, os resultados maternos, perinatais e o aleitamento materno. A sua realização exigiu a aproximação e permanência da

pesquisadora no campo assistencial, para selecionar cada parturiente e captar o acompanhante por ela escolhido para prover apoio.

Nesta fase, observou-se que os profissionais de saúde do centro obstétrico e do setor de urgência referenciada da instituição foram gradativamente incorporando a inserção do acompanhante. Inclusive, a maioria deles manifestava satisfação quando a parturiente era alocada para o grupo de intervenção, o que foi desvelado pelos Discursos do Sujeito Coletivo, no terceiro artigo.

Foi surpreendente a forma como os profissionais de saúde aceitaram a entrada do acompanhante no centro obstétrico. Especialmente por não ter sido realizada qualquer sensibilização ou discussão sistematizada sobre as concepções teóricas que envolvem a prática de inserir o acompanhante de escolha da parturiente. No início de forma mais reservada, mas posteriormente com naturalidade; inclusive colaboraram muito na seleção das parturientes elegíveis para o estudo. Há de se considerar que o contexto assistencial pode ter influenciado a postura dos profissionais, uma vez que é um hospital de ensino, inaugurado há poucos anos, e que recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, no período em que foi realizada a coleta de dados. Portanto, parece susceptível a mudanças e inovações.

Entretanto, a experiência vivida durante a implantação da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 1995, não foi semelhante, mesmo sendo uma instituição de ensino. A inserção do acompanhante de escolha da parturiente integrava filosofia do

serviço a ser ativado. Assim, na medida em que os profissionais de saúde eram contratados, passavam a ter conhecimento de que prestariam assistência com o acompanhante presente. Esse fato demandou um trabalho de sensibilização para a aceitação e incorporação da proposta (Santos e Siebert, 2001).

Ao comparar essas vivências, consideramos que a diferença entre a forma como ocorreram e o contexto brasileiro acerca da humanização da assistência ao parto podem ter contribuído para as facilidades encontradas neste estudo. O fato de que a inserção do acompanhante foi decorrente da realização da pesquisa, além de gerar um novo conhecimento teórico, também contribuiu para que a intervenção fosse reconhecida, na dimensão prática, como benéfica e satisfatória por todos os envolvidos.

Os acompanhantes - componentes fundamentais no desenvolvimento deste estudo - que apenas receberam uma orientação verbal e escrita sobre o seu papel como provedor de apoio, foram destemidos, demonstraram vontade e disponibilidade para participar do processo do nascimento, mesmo quando não estavam presentes no momento da internação da parturiente. Esta foi uma das facilidades encontradas, inclusive as pessoas escolhidas pela parturiente consideravam como um “prêmio” ou um “presente” poder ajudar e compartilhar a experiência, aspectos que estão explícitos nas idéias centrais e nos DSC dos acompanhantes que foram destacados no terceiro artigo.

O principal resultado do ensaio clínico controlado randomizado foi o forte impacto do apoio pelo acompanhante, escolhido pela parturiente, sobre a sua

satisfação global com a experiência, tanto no trabalho de parto quanto no parto. Ter o acompanhante foi a variável que mais influenciou neste resultado. É interessante ressaltar que essa satisfação também esteve presente na percepção dos profissionais de saúde e dos acompanhantes sobre a experiência.

Embora com outra abordagem metodológica, as idéias centrais e os DSC dos profissionais apontam aspectos muito positivos sobre prestar assistência com o acompanhante presente. Entendemos que a construção dessa opinião positiva foi alicerçada no fato que os acompanhantes não interferiram no desenvolvimento da assistência, não questionaram as condutas, tiveram um comportamento “adequado”, não causaram problemas ou “atrapalharam”, e não interferiram nas rotinas do serviço. Além disso, influenciaram positivamente na participação e no comportamento da parturiente, uma vez que, de maneira geral, elas ficaram mais colaborativas, confiantes e seguras. Além disso, o “clima” de emoção na hora do parto fez o profissional de saúde resgatar o significado do nascimento como um evento familiar importante, e aflorar sensibilidade e os sentimentos positivos que envolvem esse evento. Todos esses aspectos podem ter influenciado na maior satisfação das parturientes do grupo de intervenção, com o cuidado recebido no trabalho de parto/parto, com também com o tipo de parto – vaginal, conforme resultados apresentados no segundo artigo.

Interessante destacar que as parturientes do grupo de intervenção (com apoio do acompanhante) ficaram mais satisfeitas com a orientação médica recebida durante o trabalho de parto do que as do grupo-controle. Este achado pode ser decorrente de uma mudança na forma como os profissionais

interagiram com a parturiente quando o acompanhante estava presente. Os DSC dos profissionais de saúde expressam que eles conseguiram explicar melhor o que estava acontecendo para a parturiente e que tudo estava dentro da normalidade esperada para o acompanhante. Em contrapartida, as parturientes com acompanhante ficaram mais atentas às orientações dadas.

A falta de impacto do apoio sobre os eventos do trabalho de parto e parto pode ter sido decorrente do protocolo de manejo ativo do trabalho de parto da instituição. Essa forma de conduzir a assistência foi realmente incorporada pelos profissionais, e não sofreu alteração devido à presença do acompanhante. Isto ficou bem claro nas idéias centrais dos profissionais, no terceiro artigo, de que a assistência na sala de parto e parto não muda, independente da presença ou não do acompanhante, a conduta tomada é a mesma.

A hipótese de que o apoio pode reduzir a necessidade de intervenções durante o processo do nascimento não se confirmou neste estudo, o que pode ser devido ao contexto assistencial, especialmente com o uso sistemático de analgesia de parto (Hodnett et al., 2005). Para tanto, é necessário mudar a forma de conduzir a assistência ao parto, através de uma revisão nas práticas obstétricas, com base nas evidências científicas (WHO, 1996; Enkin et al., 1998).

Este estudo representa uma importante contribuição para a implementação da legislação atualmente em vigor no Brasil, que obriga os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o período de trabalho de

parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2005). Isso considerando-se não só os achados relativos à satisfação da parturiente e à percepção dos profissionais de saúde e acompanhantes sobre a experiência, mas também sobre a própria forma como foi desenvolvido. Uma vez que ajuda a “desconstruir” a freqüente idéia de que para poder permitir a presença do acompanhante é necessária uma profunda transformação e adequação do serviço, e sensibilização dos profissionais, o que muitas vezes gera demandas administrativas que inviabilizam a sua efetivação prática nas maternidades. Além disso, cabe destacar que esse tipo de provedor de apoio não gera ônus financeiro para a instituição ou para a parturiente, o que possibilita que todas possam se beneficiar com essa prática, independentemente da sua condição socioeconômica.

É importante ressaltar que respeitar, valorizar e estimular a escolha da parturiente sobre seu acompanhante para prover apoio, pode ter sido o componente que mais contribuiu para que a experiência fosse positiva para todos os envolvidos. Pois a mulher sabe que tipo de apoio deseja, e qual pessoa de sua rede social tem condições de lhe proporcionar o que espera receber.

Assim, abre-se a possibilidade de que ela seja acolhida por pessoas com as quais possui laços afetivos, que, além de a apoiarem durante o processo do nascimento, também podem reforçar o vínculo familiar e a rede de apoio no pós-parto. A repercussão da presença do acompanhante na humanização do nascimento pode transpor o momento do parto em si, e influenciar beneficentemente na adaptação da mulher a esse novo papel, dentro do seu meio social.

## 6. Conclusões

---

- Verificou-se uma lacuna na literatura sobre os efeitos do apoio pelo acompanhante de escolha da parturiente, por estudos controlados. Na maioria dos ensaios clínicos realizados em países desenvolvidos, o companheiro e/ou outro familiar está presente compartilhando a experiência, mas o apoio foi provido por *doula*, mulher leiga, *midwife* ou enfermeira. Os efeitos do apoio sobre as intervenções obstétricas foram mais acentuados quando não era permitida a presença de familiares e as condições hospitalares eram compatíveis com as de países em desenvolvimento.
- As parturientes que receberam apoio, por acompanhante de sua escolha, tiveram maior satisfação global com a experiência do trabalho de parto e parto do que as do grupo-controle (sem apoio). Ter o acompanhante no trabalho de parto e parto foi forte preditor de satisfação. No entanto, a orientação médica no trabalho de parto, o cuidado recebido no trabalho de parto e parto, e o tipo de parto – normal -, foram também aspectos associados à maior satisfação das parturientes do grupo de intervenção.
- Entre os eventos maternos avaliados, apenas a ocorrência de líquido meconial foi significativamente menor no grupo de intervenção, o que pode ser decorrente da redução da ansiedade materna, embora não medida. A falta

de impacto do apoio sobre os demais eventos do trabalho de parto e parto pode ter sido decorrente do próprio contexto assistencial em que o estudo foi desenvolvido, de manejo ativo do trabalho de parto.

- O apoio não exerceu influência sobre os resultados perinatais e do aleitamento materno nas primeiras 12 horas pós- parto, sendo que foram similares nos grupos de intervenção e controle.
- As expectativas negativas dos profissionais de saúde sobre o acompanhante foram superadas, inclusive reconheceram que ele é capaz de dar apoio emocional. A experiência foi considerada positiva, pois não tiveram problema em prestar assistência na sua presença. Isto porque não houve alteração na assistência ou rotina hospitalar, o acompanhante não limitou, não restringiu ou alterou as condutas, mesmo em situações de urgência. Por outro lado, perceberam que o acompanhante gerou mudanças benéficas na assistência, bem como sentimentos positivos e emoção na equipe, que fizeram o profissional resgatar o significado do nascimento e ter uma atitude mais humana e menos rotineira. Além de terem identificado muitos aspectos positivos com relação ao sentimentos, comportamento, participação e satisfação das parturientes, que contribuíram para a boa evolução do processo do nascimento.
- Os acompanhantes sentiram-se muito satisfeitos, felizes, emocionados e confiantes ao dar apoio emocional à parturiente durante o trabalho de parto e parto. As ações de apoio como ficar ao lado, segurar na mão, acalmar, tranquilizar, encorajar, incentivar, passar confiança e segurança foram identificadas no seus discursos. A percepção foi influenciada positivamente pelo fato de os acompanhantes sentirem-se bem recebidos pelos profissionais de saúde, poderem presenciar a assistência prestada à parturiente e acharem que elas foram bem atendidas.



## 7. Referências Bibliográficas

---

Altman, DG, Bland JM. How to randomise. **BMJ** 1999; 319:703-4.

Alves M TSSB. O parto na maternidade – Qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: Barbosa RM, Aquino EML, Heilborn ML, Berquó E. **Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p.279-307.

Belizán JM, Cafferata ML, Belizán M, Tomasso G, Chalmers B. Goals in maternal and perinatal care in Latin American and the Caribbean. **Birth** 2005; 32:210-8.

Better Births Initiative, The. Disponível em <  
<http://www.liv.ac.uk/Istm/encap/bbimainpage.htm> > [2003 maio 6]

Boaretto, MC. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2003. [Dissertação – Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz].

Bonaro-Pascali D, Kroeger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. **J Midwifery Women's Health** 2004; 49: S19-S27.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n<sup>o</sup> 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética** 1996;4:15-25.

Brasil. Ministério da saúde. **Portaria nº 2883, de 04 de junho de 1998**. Institui o Prêmio Galba Araújo.

Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. **Parto, aborto e puerpério – Assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2001.

Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2005.

Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. **Birth** 1994; 21:4-13.

Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública** 2005; 21:1316-27.

Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:S389-S98.

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. **Birth** 2001; 28:202-7.

Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? **Birth** 2002; 29:79-82.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Avaliação dos serviços de saúde de assistência ao parto e ao neonato do Estado de São Paulo 1997 – 1998**. São Paulo; 1998.

Declaração de Helsinque. **Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial** – Principios éticos para las investigações médicas en seres humanos. Disponível em < <http://www.wma.net/s/polyci/17-c-s.html> [2002 julho 9].

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Rischer P. **Listening to mothers**: report of the first nacional U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association, October 2002.

Diniz CSG. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo, 2001. [Tese – Doutorado - Departamento de Medicina Preventiva – USP].

Domingues RMSM. A presença de um(a) acompanhante durante a atenção ao parto: a experiência da maternidade Leila Diniz. In: Barbosa RM, Aquino EML, Heilborn ML, Berquó E. **Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Editora da Unicamp; 2002. p.279-307.

Duarte, AC. Modelos de atuação da doula: particular x institucional. **Doulas do Brasil**. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br>> [2005 agosto 16].

Enkin M, Keirse MJC, Renfrew MJ, Neilson JP. **A guide to effective care in pregnancy & childbirth**. New York: Oxford University Press; 1998.

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 1996.

Florentino LC. **A participação do acompanhante no processo de nascimento numa perspectiva de humanização**. São Paulo, 2003. [Tese – Doutorado - Escola de Enfermagem – USP].

Frigoletto FD, Lieberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, Datta S. A clinical trial of active management of labor. **N Engl J Med** 1995; 333:745-50.

Gagnon A, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. **Birth** 1997; 24:71-7.

Gordon NP, Walton D, Mcadam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. **Obstet Gynecol** 1999; 93:422-6.

Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. **Res Nurs Health** 1989; 12:289-97.

Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev** 2002; 1: CD000199.

Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston, JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. **JAMA** 2002; 288:1373-81.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.

Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2005; 19:103-15.

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. **Br J Obstet Gynaecol** 1991; 98:756-64.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Rev Est Fem** 2002; 2:461-81.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Kennell J, Klaus M, Mcgrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. **JAMA** 1991; 265:2197-201.

Klaus M H, Kennell JH, Robertson S, Sosa R. The effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **Br Med J** 1986; 293:585-7.

Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. **Br J Obstet Gynaecol** 1998; 105:1056-63.

Leão MRC, Bastos MARB. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino Am Enferm** 2001;9:90-4.

Lefrève F, Lefrève AMC. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

Madi BC, Sandall J, Bennett R, MacLeod C. Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. **Birth** 1999; 26:4-8.

Minayo MC, Sanches O. "Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?". **Cad Saúde Pública** 1993; 9:239-48.

Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano. **Novedades del CLAP** 2003; 31: 40.

Pinto CMS. **Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais**. São Paulo, 2001. [Dissertação – Mestrado - Escola de Enfermagem – USP].

Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga, LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. **Rev Min Enf** 2003; 7:41-7.

Pocock SJ. **Clinical trials: a practical approach**. 5a. ed. Chichester 1987: Wiley & Sons, 266p.

Queiroz MIP. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz; 1991.

Ratto, KMN. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos de Maternidade Leila Diniz. **Rev Saúde Foco**: informe epidemiológico em saúde coletiva 2001; 21:115-35.

Sadler LC, Davison T, McCowan LME. Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. **Birth** 2001;28:4:225-35.

Santos OMB, Siebert ERC, The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. **Int J Gynecol Obstet** 2001; 75: S73-S79.

Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol** 1999; 180:1054-9.

Seidel J. **The ethnograph v5.0**: a users guide. London: Scolari; 1998.

Silva AVR. **O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto**. São Paulo, 2004. [Tese – Doutorado - Departamento de Saúde Pública – USP].

Somers-Smith MJ. A palce of the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. **Midwifery** 1999; 15:101-8.

Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. **N Engl J Med** 1980; 303:597-600.

Storti JPL. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal.** São Paulo, 2004. [Dissertação - Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP].

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:S419-S427.

Turato ER. **Tratado de Pesquisa Clínico-Qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Father's experiences of childbirth. **Midwifery** 1998; 14:10-7.

WHO. World Health Organization. **Appropriate technology for birth.** **Lancet** 1985; 24:436-7.

WHO. World Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide** (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit). Geneva: WHO, 1996.

Zhang J, Bernasko JW, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from attendant for primiparous women: a meta-analysis. **Obstet Gynecol** 1996;4:739-4.

## **8. Bibliografia de Normatizações**

---

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.  
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4<sup>a</sup> ed.,  
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade  
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98  
(alterada 2005).



## 9. Anexos

---

### 9.1. Anexo 1 – Check List

**Instruções:** A parturiente poderá fazer parte do estudo somente se todas as respostas forem assinaladas na coluna “Aceita”.

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Aceita</b>	<b>Rejeita</b>
1. A parturiente é primípara e possui um acompanhante presente no momento da internação ou com possibilidade de contato imediato?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. A dilatação do colo uterino é $\geq 3$ cm e $\leq 6$ cm?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. A dinâmica uterina é de duas ou mais contrações em 10min?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. A gestação é única?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. O feto está vivo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. O feto está em apresentação cefálica?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. A idade gestacional é de 37 semanas ou mais?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. A parturiente possui alguma patologia como pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, cardiopatia, diabetes descompensada ou sofrimento fetal?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
9. A bolsa amniótica está íntegra ou a ruptura foi $\leq 2$ horas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. A altura uterina é maior do que 40cm?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
11. O peso estimado do feto é maior do que 4.000g ou possui outra evidência de desproporção céfalo-pélvica?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
12. Possui indicação de cesariana ?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
13. O feto apresenta malformação?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

## 9.2. Anexo 2 – Orientações para o Acompanhante

### Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde

Você está participando de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer a influência da presença de um acompanhante de escolha da mulher sobre a evolução do trabalho de parto e parto, na sua satisfação e qual a percepção do profissional de saúde sobre a experiência de prestar assistência na presença de um acompanhante. Ao entrar no Centro Obstétrico você deverá **seguir as orientações** abaixo:

1. O seu papel no Centro Obstétrico é dar apoio, carinho e tranquilizar a mulher (parturiente) que você está acompanhando.
2. Durante o trabalho de parto e parto é normal que a mulher se sinta cansada, preocupada, com vontade de chorar ou gritar, nestes momentos você deve se preocupar em segurar na sua mão e lhe fazer massagem nas costas, se ela quiser.
3. Caso ela queira tomar água, sair da cama, ir ao banheiro ou pedir qualquer outra coisa, você deve chamar um profissional de saúde do setor (médico, enfermeira ou auxiliares e técnicas de enfermagem).
4. Se tiver alguma dúvida sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto, você pode perguntar para um profissional de saúde do setor (médico, enfermeira ou auxiliares e técnicas de enfermagem).
5. Você não deve ficar andando pelas áreas do setor, pois o seu lugar deve ser ao lado da mulher.
6. Você não deve tocar ou mexer nos aparelhos e materiais do setor.
7. É expressamente proibido comer ou fumar no setor.
8. Caso você precise sair do setor por qualquer motivo, deve solicitar para a enfermeira.
9. Não poderá haver troca de acompanhante, isto é, você ser substituído(a) por outra pessoa durante o trabalho de parto e parto.
10. Se em qualquer momento estiver sentindo-se mal, deve avisar a enfermeira ou auxiliar de enfermagem do setor.
11. Você será levado para conhecer a sala de parto antes do momento do nascimento do bebê.
12. Você tem o direito de decidir, junto com a mulher que você está acompanhando, se irá ou não entrar na sala de parto no momento de o bebê nascer.
13. No momento do parto, você deve ficar ao lado da mulher e encorajá-la, pois é comum neste momento ela achar que não tem mais força para fazer o bebê nascer.
14. Em qualquer momento, se houver necessidade, você poderá ser solicitado a sair do setor pelo médico ou enfermeira. Assim, deve aceitar e respeitar o pedido.

### 9.3. Anexo 3 – Instrumento para Coleta de Dados

#### Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde

Grupo

☐

1 - com acompanhante

2 - sem acompanhante

Data:

[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]

Número:

[ ][ ][ ][ ]

### SEÇÃO 1

#### Dados de Identificação

1.1. Idade: [ ] anos

1.2. Estado marital:

( 1 ) casada

( 2 ) solteira

( 3 ) divorciada

( 4 ) união consensual

( 5 ) separada

( 6 ) viúva

1.3. Escolaridade:

( 0 ) nenhuma

( 1 ) 1ª série do ensino fundamental

( 2 ) 2ª série do ensino fundamental

( 3 ) 3ª série do ensino fundamental

( 4 ) 4ª série do ensino fundamental

( 5 ) 5ª série do ensino fundamental

( 6 ) 6ª série do ensino fundamental

( 7 ) 7ª série do ensino fundamental

( 8 ) 8ª série do ensino fundamental

( 9 ) 1ª série do ensino médio

(10) 2ª série do ensino médio

(11) 3ª série do ensino médio

(12) ensino superior completo

(13) ensino superior incompleto

(14) pós-graduação

(99) não sabe

1.4. Ocupação:

( 1 ) estudante

( 2 ) do lar

( 3 ) doméstica

( 4 ) vendedora

( 5 ) funcionária pública

( 6 ) outra: \_\_\_\_\_

1.5. Religião:

( 1 ) católica

( 2 ) espírita

( 3 ) evangélica

( 4 ) nenhuma

( 5 ) outra

1.6. Cor/raça:

( 1 ) branca

( 2 ) negra/preta

( 3 ) amarela

( 4 ) parda

( 5 ) indígena

Nome: \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## SEÇÃO 2

### Dados da internação

- 2.1. Data: [ ] [ ] [ ] Hora: [ ] [ ]  
Dia / Mês / Ano Hora / min
- 2.2. Idade gestacional: [ ] [ ] (DUM) [ ] [ ] (USG com \_\_\_\_\_)  
Sem. Dias Sem. Dias
- 2.3. Dilatação do colo uterino: [ ] cm
- 2.4. Membranas:  
( 1 ) íntegras  
( 2 ) rotas < 2 horas
- 2.5. Aspecto do líquido:  
( 1 ) claro ( 4 ) tinto de mecônio (+) (99) ignorado  
( 2 ) claro com grumos ( 5 ) meconial (++)  
( 3 ) amarelado ( 6 ) meconial espesso (+++)
- 2.6. Esvaecimento do colo:  
( 1 ) até 50%  
( 2 ) 50% - 70%  
( 3 ) 80% ou mais  
( 99 ) Ignorado
- 2.7. Contrações: [ ]
- 2.8. Altura da apresentação (plano de De Lee):  
( 1 ) - 4 ( 3 ) - 2 ( 5 ) 0 ( 7 ) +2 ( 9 ) alta/móvel ( 99 ) ignorada  
( 2 ) - 3 ( 4 ) - 1 ( 6 ) +1 ( 8 ) +3 ( 10 ) alta/fixa
- 2.9. Número de consultas de pré-natal: [ ]
- 2.10. Idade gestacional que iniciou o pré-natal:  
( 1 ) abaixo de 13 semanas  
( 2 ) entre 14 – 27 semanas  
( 3 ) acima de 28 semanas
- 2.11. Teve acompanhante nas consultas de pré-natal?  
( 1 ) Sim, quem? \_\_\_\_\_  
( 2 ) Não
- 2.12. Participação em grupo de gestantes ou casais grávidos:  
( 1 ) sim, número de vezes: \_\_\_\_\_  
( 2 ) não

### PASSE PARA O ITEM 2.15. SE FOR GRUPO-CONTROLE

- 2.13. Chegou na maternidade acompanhado pelo(a):  
( 1 ) companheiro ( 4 ) tia ( 7 ) mãe ( 10 ) cunhada  
( 2 ) irmã ( 5 ) sogra ( 8 ) amiga ( 11 ) outro: \_\_\_\_\_  
( 3 ) avó ( 6 ) prima ( 9 ) cunhado

( 1 ) companheiro      ( 3 ) tia      ( 5 ) mãe      ( 7 ) cunhada  
( 2 ) irmã      ( 4 ) sogra      ( 6 ) amiga      ( 8 ) outro: \_\_\_\_\_

( 0 ) nenhuma	( 8 ) 8ª série do ensino fundamental
( 1 ) 1ª série do ensino fundamental	( 9 ) 1ª série do ensino médio
( 2 ) 2ª série do ensino fundamental	(10) 2ª série do ensino médio
( 3 ) 3ª série do ensino fundamental	(11) 3ª série do ensino médio
( 4 ) 4ª série do ensino fundamental	(12) ensino superior completo
( 5 ) 5ª série do ensino fundamental	(13) ensino superior incompleto
( 6 ) 6ª série do ensino fundamental	(14) pós-graduação
( 7 ) 7ª série do ensino fundamental	(99) não sabe

( 1 ) sim, hora da chegada: \_\_\_\_\_  
( 2 ) não, por que? \_\_\_\_\_

**3.5. Aspecto do líquido:**

( 1 ) claro	( 4 ) tinto de mecônio (+)	(99) ignorado
( 2 ) claro com grumos	( 5 ) meconial (++)	
( 3 ) amarelado	( 6 ) meconial espesso (+++)	

**3.6. Uso de Analgesia:**

( 1 ) sim, horário: [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_]   
 Hora / min

dilatação do colo: [\_\_\_\_\_] cm

Técnica: \_\_\_\_\_

**Medicação 1ª Dose:**

( 1 ) Bupivacaína \_\_\_\_\_ ( 2 ) Fentanil \_\_\_\_\_   
 ( 3 ) Sufentanil \_\_\_\_\_ ( 4 ) Ropivacaína \_\_\_\_\_   
 ( 5 ) outra \_\_\_\_\_

**Medicação 2ª Dose:**

( 1 ) Bupivacaína \_\_\_\_\_ ( 2 ) Fentanil \_\_\_\_\_   
 ( 3 ) Sufentanil \_\_\_\_\_ ( 4 ) Ropivacaína \_\_\_\_\_   
 ( 5 ) outra \_\_\_\_\_

Doses: número [\_\_\_\_\_] intervalo de horas: [\_\_\_\_\_]

Intercorrência: \_\_\_\_\_

( 2 ) não

**3.7. Distócias funcionais:**

- ( 1 ) taquissístolia (frequência das contrações uterinas acima de 5 em 10 minutos)
- ( 2 ) hipotonia uterina (contrações uterinas de baixa intensidade)
- ( 3 ) hipertonia (tono excessivo das fibras uterinas)
- ( 4 ) oligossístolia (frequência de uma ou duas contrações em 10 minutos)
- ( 5 ) ausentes

**3.8. Batimentos cardíacos do feto:**

- |               |                     |                              |
|---------------|---------------------|------------------------------|
| ( 1 ) normais | ( 3 ) DIP II        | ( 5 ) taquicardia            |
| ( 2 ) DIP I   | ( 4 ) DIP umbilical | ( 6 ) bradicardia sustentada |

## SEÇÃO 4

**Dados do Parto**

**3.9. Parturiente encaminhada para sala de parto:** Data: [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] Hora: [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_]   
 Dia/Mês/Ano Hora/min

### PASSE PARA O ITEM 4.1 SE FOR GRUPO-CONTROLE

**4.0. Acompanhante:**

- ( 1 ) sim
- ( 2 ) não, porque: \_\_\_\_\_

**4.1. Uso de ocitocina:**

- ( 1 ) desde o trabalho de parto
- ( 2 ) apenas no período expulsivo
- ( 3 ) não

#### 4.2. Rotura das membranas:

( 1 ) espontânea:                      horário: [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_]                      dilatação do colo: [\_\_\_\_\_] cm  
   Hora / min

( 2 ) artificial:                      horário: [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_]                      dilatação do colo: [\_\_\_\_\_] cm  
    Hora / min

( 3 ) não

**4.3. Cor do líquido (p. expulsivo):**

( 1 ) claro                      ( 4 ) tinto de mecônio (+)                      (99) ignorado

( 2 ) claro com grumos ( 5 ) meconial (++)

( 3 ) amarelado                      ( 6 ) meconial espesso (+++)

#### 4.4. Distócias funcionais:

( 1 ) taquissistolia (frequência das contrações uterinas acima de 5 em 10 minutos)

( 2 ) hipotonia uterina (contrações uterinas de baixa intensidade)

( 3 ) hipertonia (tono excessivo das fibras uterinas)

( 4 ) oligossístolia (frequência de uma ou duas contrações em 10 minutos)

( 5 ) ausentes

#### 4.5. Nascimento:

Data: [ ] [ ] [ ]      Hora: [ ] [ ]  
Dia / Mês / Ano      Hora / min

**4.6. Tipo de parto:**

( 1 ) vaginal espontâneo

( 2 ) fórceps, tipo: \_\_\_\_\_ indicação: \_\_\_\_\_

( 3 ) cesárea, indicação: \_\_\_\_\_

#### 4.7. Episiotomia:

( 1 ) sim

( 2 ) não

**4.8. Apgar do RN no 1º min:** [      ]

**4.9. Apgar do RN no 5º min:** [\_\_\_\_\_]

**4.10. Peso do RN:** [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] g

**4.11. Realizado contato precoce mãe/bebê na sala de parto:**

( 1 ) sim, tempo [\_\_\_\_\_]\_\_\_\_\_  
Hora/ min

( 2 ) não, por quê?

#### 4.12. Pega e sucção na sala de parto:

( 1 ) sim

( 2 ) não

## ESTES DADOS SERÃO COLHIDOS COM A SECÇÃO 5 NO ALOJAMENTO CONJUNTO

DATA: [ ] [ ] [ ]

HORA: [ ] [ ]

Eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o seu bebê está mamando desde que a senhora veio da sala de parto....

**4.13.** Recém-nascido encaminhado com a puérpera para AC:

( 1 ) sim

( 2 ) não

**4.14.** Recém-nascido está sendo amamentado no Alojamento Conjunto:

( 1 ) sim

( 2 ) não

**4.15.** RN apresenta pega e sucção no Alojamento Conjunto:

( 1 ) sim

( 2 ) não

**4.16.** Número de mamadas nas primeiras 12 horas: [ ]

**4.17.** Fissuras:

( 1 ) sim

( 2 ) não

**4.18.** Ingurgitamento:

( 1 ) sim

( 2 ) não

## SEÇÃO 5

### Dados Sobre a Satisfação da Parturiente

#### TRABALHO DE PARTO

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre como foi o seu trabalho de parto, ou seja, aquele tempo desde a sua internação até a hora em que foi levada para a sala de parto para ganhar o bebê. Depois de cada pergunta, vou lhe mostrar um papel com umas "carinhas" e você vai me apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

O entrevistador fará o registro conforme a classificação:



Péssima



Ruim



Regular



Bom



Ótima



	Muito Insatisfeita 1	Insatisfeita 2	Satisfeita 3	Bem Satisfeita 4	Muito Satisfeita 5
<b>5.1.</b> Como você se sentiu com relação à forma como o seu trabalho de parto evoluiu, isto é, o tempo que transcorreu da sua internação até o momento de ir para a sala de parto ganhar o bebê?					
<b>PASSE PARA ITEM 5.3. SE FOR GRUPO-CONTROLE</b>					
<b>5.2</b> Como você se sentiu tendo um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto?					
<b>5.3.</b> Como você se sentiu não tendo um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto?					
<b>5.4.</b> Como você se sentiu com relação do cuidado recebido durante o trabalho de parto?					
<b>5.5.</b> Como você se sentiu com relação à forma como os médicos lhe explicaram o que estava acontecendo durante o seu trabalho de parto?					
<b>5.6.</b> Como você se sentiu com relação à forma como as enfermeiras lhe explicaram o que estava acontecendo durante o seu trabalho de parto?					

## PARTO

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre como foi o seu parto, ou seja, o tempo desde a hora que você foi levada para a sala de parto até o bebê nascer. Depois de cada pergunta, vou lhe mostrar um papel com umas “carinhas” e você vai me apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

	Muito Insatisfeita 1	Insatisfeita 2	Satisfeita 3	Bem Satisfeita 4	Muito Satisfeita 5
<b>5.7.</b> Como você se sentiu com relação à forma como o seu parto evoluiu, isto é, o tempo que você ficou na sala de parto para ganhar o bebê ?					
<b>PASSE PARA ITEM 5.9. SE FOR GRUPO- CONTROLE</b>					
<b>5.8.</b> Como você se sentiu tendo um acompanhante de sua escolha na hora do parto?					
<b>5.9.</b> Como você se sentiu não tendo um acompanhante na hora do parto?					
<b>5. 10.</b> Como você se sentiu com relação do cuidado recebido na hora do parto ?					
<b>5.11.</b> Como você se sentiu com relação à forma como os médicos lhe explicaram o que estava acontecendo na hora do seu parto?					
<b>5.12.</b> Como você se sentiu com relação à forma como as enfermeiras lhe explicaram o que estava acontecendo na hora do seu parto?					
<b>5.13.</b> Como você se sentiu com relação ao seu tipo de parto (normal ou cesariana)?					
<b>5. 14.</b> Como se sentiu participando desta pesquisa?					

#### **9.4. Anexo 4 – Roteiro Temático para Entrevista - Profissional de Saúde**

##### **Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde**

1. Você já possuía experiência em trabalhar com a parturiente e o seu acompanhante juntos em Centro Obstétrico?
2. O que você pensou quando soube que iria ser realizada essa pesquisa com o acompanhante durante o trabalho de parto/parto?
3. O que você achou da experiência de prestar assistência à parturiente com o acompanhante presente? Foi igual ou diferente da parturiente que não possui acompanhante? Como assim ?
4. Como você se sentiu com o acompanhante presente ? É diferente ou igual a não ter o acompanhante ? Como assim ?
5. Com relação à forma como o trabalho de parto e parto evoluíram com o acompanhante presente, o que você achou? Foi igual ou diferente de não ter o acompanhante? Como assim?
6. Com relação ao comportamento/participação e satisfação da parturiente durante o trabalho de parto e parto, o que você achou? Foi igual ou diferente de não ter o acompanhante? Como assim?
7. Com relação ao comportamento/participação/papel do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, o que você achou?
8. O que você poderia relacionar como vantagens e desvantagens de ter o acompanhante presente durante o trabalho de parto e parto? E de não ter o acompanhante presente durante o trabalho de parto e parto?
9. Com relação à humanização da assistência no nascimento, você acha que o acompanhante influencia ou não neste aspecto?

## **9.5. Anexo 5 – Roteiro Temático para Entrevista - Acompanhante**

### **Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde**

1. Como você se sentiu acompanhando a sua companheira/esposa ou filha (nominar conforme a escolha) durante o trabalho de parto e parto? O que foi bom para você e o que foi ruim?
2. Você acha que estando junto com ela, ajudou ou não? Por que acha que ajudou ou não ajudou? O que foi bom para ela e o que foi ruim?
3. Como foi sua interação com os profissionais de saúde, médicos e enfermeiras? Como você foi recebido por eles?
4. Como você se sentiu neste ambiente, isto é, no pré-parto e na sala de parto?
5. Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre essa experiência?

## 9.6. Anexo 6 – Discurso do Sujeito Coletivo – Profissionais de Saúde

### PERGUNTA 1

Questão analisada: já possuía experiência em trabalhar com a parturiente e seu acompanhante junto em centro obstétrico?

#### TEMA I – EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM O ACOMPANHANTE

**Idéia Central 1** - Não possuía experiência no serviço público e pouca experiência no privado

**DSC1:** *Em serviço público não. Em hospital privado com algumas pacientes em que marido tem entrado pra assistir o parto. No trabalho de parto pouca experiência, as parturientes ficam no quarto com a família, mas depois vão para o centro cirúrgico e aí o marido não entrava para ficar nesse momento da analgesia, se ele quisesse era chamado para a hora do parto.*

**Idéia Central 2** - Possuía pouca experiência no serviço público e apenas com acompanhantes preparados

**DSC 2:** *Experiência pequena lá no..., em alguns casos, eu não lembro no período da residência se era uma rotina ou se estavam implementado essa rotina. Nos partos que eram de cócoras geralmente tinham acompanhante, mas era específico das que faziam pré-natal e o acompanhante tinha uma instrução e eram autorizados a ficar, tinha até uma salinha especial e um quarto que o acompanhante ficava o tempo inteiro. Eles participam de tudo, eles vão nos grupos, daí eles têm um trabalho realmente ativo, ficam andando com a paciente, fazem massagem...é quase como se eles conduzissem o trabalho de parto.*

**Idéia Central 3** - Não possuía nenhuma experiência anterior

**DSC 3:** *Não, é a primeira vez que eu tenho contato com a parturiente e o acompanhante, já tinha ouvido falar, mas a experiência primeira vez foi aqui mesmo no Centro Obstétrico.*

### PERGUNTA 2

Questão analisada: O que você pensou quando soube que iria ser realizada essa pesquisa com o acompanhante durante o trabalho de parto/parto?

## TEMA II – EXPECTATIVA COM RELAÇÃO AO ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

### **Idéia Central 4 - A expectativa sobre o acompanhante era negativa**

- IC 1 - Expectativa negativa sobre o acompanhante no ambiente do centro obstétrico.
- IC 2 - Expectativa negativa sobre a interação do acompanhante com a equipe.
- IC 3 - Expectativa negativa sobre o comportamento da parturiente que tem acompanhante.
- IC 4 - Expectativa negativa sobre a evolução do parto nas parturientes com acompanhante.
- IC 5 - Expectativa negativa sobre a mudança na rotina.
- IC 6 - Expectativa negativa com relação ao comportamento do acompanhante.
- IC 7 - Expectativa negativa sobre a reação do acompanhante em situações de urgência ou emergência.
- IC 9 - Achava que não daria certo.
- IC 14 - Seria mais complicado.

**DSC 4:** *Eu achava que não daria certo, que realmente ia atrapalhar, tinha receio pelo fato deles não terem uma orientação no pré-natal. Fiquei preocupada, a gente não está acostumada, tinha um pé atrás, sabe (...) esses acompanhantes não sabem nem conversar direito... vão impor algumas condições e eu vou ter que ceder. Imaginei que eles iriam ficar alterados no parto e nervosos com a demora do trabalho de parto. As outras pacientes poderiam se assustar, eles poderiam agredir uma de nós ou os médicos. Eu achava que eles pudessem não se comportar ou fazer cobranças, tipo: “Ah! o trabalho de parto tá demorando, porque não faz cesárea.” Achava que ia ser muito difícil, que com o acompanhante seria um empecilho na assistência (...) a parturiente ia queixar mais e o parto não ia evoluir legal e que no final ia ser uma cesárea. Tinha medo... a gente não sabe qual a reação do acompanhante numa eventual emergência, quando vira cesárea ou aquele fórceps mais difícil.*

### **Idéia Central 5 - A expectativa sobre o acompanhante era positiva**

- IC 8 - Expectativa positiva, apesar de achar estranho.
- IC 11 - Seria positivo para a paciente.
- IC 12 – Expectativa que daria certo na maioria dos casos.

**DSC 5:** *Ah! a princípio achei assim meio estranho, porque a gente não vê pelos hospitais da região um trabalho deste né. Mas eu tinha uma expectativa positiva, achava que deveria acontecer, poderia ser positivo para a paciente. Nestes hospitais particulares que eu já trabalhei, a gente percebe que o acompanhante passa bastante segurança pro paciente. Achei que fosse ser um trabalho legal, achava que em 80% dos casos daria certo.*

### **Idéia Central 6 - Não possuía nenhuma idéia de como seria**

IC 10 - Sem idéia pré-formada.

IC 13 - Dificuldade com o "novo", como irá acontecer, será que vai dar certo?

**DSC 6:** *Não tive nenhuma idéia pré-formada, a gente sabia que isso não estaria envolvendo todas as pacientes do serviço, era direcionado para as pacientes selecionadas. Então não tinha uma expectativa formada. À primeira vista a gente tem realmente uma reação de dificuldade com o novo, será que vai dar certo? Será que não atrapalha? como a pessoa vai se comportar...*

### PERGUNTA 3

Questão analisada: O que você achou da experiência de prestar assistência à parturiente com o acompanhante presente? Foi igual ou diferente da parturiente que não possui acompanhante? Como assim?

### PERGUNTA 4

Questão analisada: Como você se sentiu com o acompanhante presente? É diferente ou igual de não ter o acompanhante? Como assim?

## TEMA III – OPINIÃO E SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS EM PRESTAR ASSISTÊNCIA COM ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

**Idéia Central 7 - No trabalho de parto não tem diferença em prestar assistência com ou sem acompanhante**

IC 1 - No trabalho de parto não tem diferença em prestar assistência com ou sem acompanhante.

IC 20 - Gera ansiedade e nervosismo, mas sem problema.

IC 29 - A presença do acompanhante não muda a conduta médica no pré-parto.

IC 6 – Não tem problema prestar assistência com o acompanhante presente.

IC 10- A assistência em geral não muda.

IC 9 – A experiência de maneira geral é válida.

**DSC 7:** *Acho que a assistência não muda. O que muda é ter uma pessoa ali participando dos cuidados que você tá prestando. Então é mais um cuidado de explicar, de colocar o que pode e que não pode, e a forma como ele pode colaborar. Acho que isso é que difere, mas a assistência em si, não muda. A gente trata da mesma maneira, com ou sem acompanhante, não me interfere em nada não, nenhum problema.... Não vejo nenhum tipo de restrição, seja o acompanhante quem for... a mãe ou esposo, eu*

*procuro tratar igual. A gente não teve nenhum problema, nenhum acompanhante trouxe problema ou atrapalhou a gente. Foi muito válida essa experiência...*

**Idéia Central 8 - Nas urgências, o acompanhante não interfere na assistência, mas a sua presença gera maior ansiedade no profissional de saúde**

IC 30 – O acompanhante gera ansiedade maior em situação de urgência

**DSC 8:** *Eu tive uma experiência de urgência, um prolapso de cordão (...) aí você percebe que tem uma ansiedade maior pelo acompanhante estar na sala. E isso de certa forma atrapalhou um pouco, gerou um pouco mais de estresse na equipe. Não que você não vá tomar as atitudes corretas... mas eu me senti um pouco mais ansioso em tomar as decisões pelo fato da pessoa estar na sala... no foi sentido de resolver logo..., mas não chegou a interferir na assistência. Se tivesse um sofrimento fetal, bradicardia (...) nessa hora você tem que deixar o acompanhante de lado e partir para o atendimento da paciente.*

**Idéia Central 9 - Na sala de parto não há problema o acompanhante estar presente, pois a assistência não muda**

IC 2- Na sala de parto é diferente ter o acompanhante, tenta-se não transparecer o estresse.

IC 3 - Em situações de estresse, esquece que tem acompanhante.

IC 4 - O acompanhante não percebe algumas intervenções/estresse.

IC 6 - Sem problema prestar assistência com o acompanhante presente.

IC 10- A assistência não muda.

IC 16 - O acompanhante na sala de parto não interfere na rotina.

IC 9 - A experiência é válida.

IC 25 - Sem problemas com acompanhante em situações difíceis.

IC 29 - A presença do acompanhante não muda a conduta médica na sala de parto.

**DSC 9:** *Às vezes, na sala de parto, você tenta não transparecer uma situação de estresse para que a pessoa não perceba. Se eu achasse que tinha que fazer determinada coisa, independente de tá ou não com o acompanhante, eu iria fazer... Se a minha conduta é essa, vai ser essa. Mesmo num fórceps mais difícil ou que depois virou cesárea, eles não se manifestaram assim... Ele também tem que se adaptar às regras (...), não ficar adiando a indicação de um fórceps ou uma cesárea porque o acompanhante tá na sala. Nessa hora você tá tão ligado que esquece do acompanhante, já nem tá vendo a cara de ninguém, tá mais preocupado com a resolução do parto. Fiz um Kielland com o pai na sala, mas ele nem percebeu, a gente tem uma visão e ele tem outra. Então isso foi legal, ver que às vezes ele nem tá percebendo que você tá passando estresse e tudo..., e ele vê que o bebê nasceu bem e ele acompanhou o tempo inteiro. Não é difícil ter alguém junto na sala de parto, não é um monstro de sete cabeças, a pessoa não atrapalha a sua rotina diária.*

**Idéia Central 10 - Com o acompanhante ocorrem mudanças positivas na assistência, inclusive sentimentos positivos e emoção na equipe**

- IC 5 - É uma terceira pessoa envolvida na relação da equipe com a paciente.
- IC 28 - Os acompanhantes acabam fazendo parte da equipe e do ambiente.
- IC 7- Deixa o acompanhante à vontade e conversa com ele.
- IC 8 - Realiza os exames com naturalidade, mantendo a privacidade da parturiente, e esclarecendo o acompanhante.
- IC 11 - Gera mudança: orientações/explicações para o acompanhante.
- IC 12- Aumenta a atenção do profissional, não faz apenas a rotina.
- IC 14 - Deixa o ambiente mais simples para não impressionar o acompanhante.
- IC 15 - Mudança positiva na dinâmica da assistência de enfermagem.
- C 17 - Quebra de mitos e preconceitos.
- IC 18 - É melhor prestar assistência com o acompanhante, pois as parturientes ficam mais tranquilas.
- IC 19 - Há uma preocupação sobre a percepção do acompanhante sobre a assistência.
- IC 26 - Mais privacidade para parturiente com acompanhante.
- IC 27- Melhora o "clima" na sala de parto.
- IC 13 - Aumenta a satisfação profissional.
- IC 21 - Experiência positiva com acompanhantes.
- IC 22 - O acompanhante gera emoção/sensibilidade na equipe gera emoção na equipe.
- IC 23 - Faz lembrar da sua própria experiência.
- IC 24 - Tristeza quando a paciente fica sem acompanhante.
- IC 31 - Compartilhar a experiência do parto é agradável para o casal e também para o profissional que está acompanhando o nascimento de uma vida.

**DSC 10:** *Você consegue explicar para a paciente o que tá acontecendo, fica mais atento, quer cuidar mais e mostrar que aquilo ali é normal, que o nenê vai nascer bem, que tá tudo bem. A gente quer dar mais atenção pro acompanhante também, começa a englobar ele na assistência, mas nada que venha atrapalhar a rotina da gente. Se a paciente ou acompanhante está constrangida, a gente trabalha isso. A gente acaba dando mais privacidade pra paciente, entre aspas, incomodando um pouco menos, talvez porque sabe que tem alguém junto. O acompanhante estando junto é melhor, ele tá vendo que a paciente tá sendo bem cuidada. Eles têm direito e acho legal, me sinto feliz, o clima na sala de parto fica bom. Não se torna tão estressante, a gente procura sempre deixar o ambiente mais simples possível para a pessoa não se impressionar ou se sentir retraída. Eu acho que pra enfermeira é interessante, muda a equipe dela, o jeito que ela fala com a equipe. Você se sente que é um profissional importante para aquela pessoa que tá acompanhando quem ela gosta muito. Você vê a emoção, acaba chorando, se emocionando junto, principalmente quando é o esposo e a esposa. Parece que a gente fica mais sensível, dá mais valor a esse momento importante, lindo.*



## PERGUNTA 5

Questão analisada: Com relação à forma como o trabalho de parto e parto evoluíram com o acompanhante presente, o que você achou? Foi igual ou diferente de não ter não ter o acompanhante? Como assim?

## PERGUNTA 8

Questão analisada: O que você poderia relacionar como vantagens e desvantagens de ter o acompanhante presente durante o trabalho de parto e parto? E de não ter o acompanhante presente durante o trabalho de parto e parto?

### TEMA IV – EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO/PARTO COM O ACOMPANHANTE

**Idéia Central 11** - O trabalho de parto evolui da mesma forma, com ou sem acompanhante

IC 1 - A evolução do trabalho de parto e parto depende da parturiente, não do acompanhante.

IC 2 - Não tem diferença na evolução do trabalho de parto.

IC 4 - Não tem diferença, mas parece que flui melhor.

IC 16 – O manejo ativo do trabalho de parto em todas as parturientes faz com que a maioria delas evolua rápido, não faz diferença ter acompanhante.

IC 19 - O tempo de trabalho de parto é igual com ou sem acompanhante.

**DSC 11:** *Ah! Eu acho que não interfere em nada, na evolução do parto, nem pra mais nem pra menos. Não tenho essa sensação de que ajudou a diminuir o tempo de trabalho de parto, é uma evolução normal. A gente percebe que é igual com ou sem acompanhante, não tem tanta diferença, elas evoluem rápido. De uma forma geral, a maioria das pacientes tem um trabalho de parto meio rápido, todo mundo tem analgesia, ocitocina em doses maiores, se tem mais liberdade de conduzir este trabalho de parto pra que ele evolua mais rápido.*

**Idéia Central 12** - Não tem condições de avaliar e não observou se há diferença

IC 3- Não tem condições de avaliar, o acompanhamento da parturiente é fragmentado, devido ao horário do plantão não acompanha toda a evolução.

IC 18 - Não reparou se tem diferença na evolução da dilatação ou do parto quando o acompanhante está presente.

**DSC 12:** *Eu não tenho como avaliar isso, nem subjetivamente eu não tenho como avaliar. Muitas vezes o seguimento foi fragmentado, o nosso período aqui às vezes é*

*inferior ao período do trabalho de parto como um todo. A gente tem período de seis horas, a gestante interna e a gente não tem como avaliar.*

**Idéia Central 13 - O acompanhante influencia positivamente a evolução do trabalho de parto, porque muda o comportamento da parturiente**

IC 5 - O parto flui melhor, é uma satisfação na assistência.

IC 6 - Com acompanhante o trabalho de parto é mais tranquilo.

IC 7 - Com as adolescentes o trabalho de parto evolui mais rápido, isto foi observado e comentado pela equipe de enfermagem.

IC 8 - O acompanhante no trabalho de parto colabora com a situação, então é diferente daquela que está sozinha.

IC 9 - A evolução do trabalho de parto é diferente porque a parturiente está mais segura, mesmo que ela fique mais dengosa, tem mais confiança que tudo vai dar certo.

IC 10 - O trabalho de parto das parturientes com acompanhante evolui mais rápido, porque elas colaboram mais, prestam mais atenção nas orientações médicas.

IC 13 - A evolução do parto das parturientes que não tem acompanhante é diferente, elas não fazem uma boa força e não ajudam na analgesia.

IC 14 – Nas parturientes sem acompanhante o parto é sofrido para elas e para o bebê, acaba virando fórceps ou cesárea.

**DSC 13:** *Ah! eu acho que com o acompanhante é mais tranquilo e o trabalho de parto flui melhor, porque elas estão mais seguras e têm mais confiança de que tudo vai dar certo. Mesmo que ela fique mais dengosa, acha que vai ser melhor. Umas eu acho até que evoluem mais rápido, porque elas ficam mais tranquilas e colaboram mais, prestam mais atenção no que o médico e a enfermagem estão explicando... Elas se empenham mais a fazer força na hora de nascer, então tudo sai bem melhor, parece que ela fica mais confiante. Essas que não têm acompanhante acabam sendo diferentes, elas reclamam, choram muito, e com medo elas não conseguem fazer uma boa força na hora que tá nascendo (...) aquele parto acaba sendo sofrido pra ela... acaba nascendo com fórceps ou virando uma cesárea de urgência.*

**Idéia Central 14 - A satisfação da parturiente e do acompanhante influenciam positivamente a vivência**

IC 7 - É diferente para a mulher ter alguém ao lado apoiando. Muda a opinião dela sobre o que está acontecendo.

IC 1 - Para a paciente é melhor ter alguém ao lado, quem passou pela experiência sabe a diferença.

IC 4 - Ter alguém em quem ela confia e sabe que vai tentar lhe ajudar ao máximo.

IC 8 - Oportuniza o contato do pai com o bebê.

IC 9 - Parturientes se sentem melhor, mais seguras, fortes, confiantes e confortadas.

IC 10 - Parturiente pode compartilhar com o marido a experiência.

IC 11 - Experiência boa e gratificante para a parturiente e seu companheiro.

IC 15 - Acha que só tem vantagem, ajuda muito e todas deveriam ter.

IC 16 - Ajuda na parte emocional da parturiente, fica mais tranqüila.

IC 19 - Acompanhante tranqüiliza e estimula a parturiente, e compartilha o que está acontecendo com ela.

IC 23 - Oportuniza a parturiente a estar ao lado do pai do bebê, mesmo que não seja mais seu marido.

**DSC 14:** *Com certeza ter o acompanhante é bem melhor... apóia a gestante, tanto no parto, como no pré-parto, é o apoio psicológico, o apoio de verbalizar junto com a gestante, de tá com ela no momento do parto. Vantagem é a parturiente poder ter alguém da família alguém que ela sabe que pode confiar plenamente... a pessoa vai tentar resolver o máximo pra ela ali, o que ela precisar, elas se sentem melhor, mais seguras, elas se sentem mais confortadas. Ela pode compartilhar com o marido tudo que ela passou... ele tá junto, tá vendo o que tá acontecendo, e isso é uma coisa que eu acho que toda mulher gostaria de ter, né. E eu acho que pro homem também... acho muito importante, eles deve se sentir muito gratificados. Eu acho que pro bebê, o contato com o pai, acho maravilhoso, porque ele não gerou, mas ele tá ali... eu acho que a mãe fica mais segura, mais confiante, uma experiência boa pra elas, se sente segura mais calma, em casa, do lado de uma pessoa da família ou de uma amiga que ela escolheu pra tá do lado. Ajuda muito, o trabalho de parto evolui bem... ajuda muito no emocional, o acompanhante presente dá tranqüilidade para a paciente, o estímulo no trabalho de parto acaba ajudando... vai mais rápido. Eu acho que é mais vantajoso... as pacientes têm um comportamento melhor, no sentido de colaboração.*

## PERGUNTA 6

Questão analisada: Com relação ao comportamento/participação e satisfação da parturiente durante o trabalho de parto e parto, o que você achou? Foi igual ou diferente de não ter o acompanhante? Como assim?

## TEMA V – SENTIMENTOS, COMPORTAMENTO, PARTICIPAÇÃO E SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE

**Idéia Central 15 - As parturientes com acompanhante ficam mais satisfeitas, seguras e tranqüilas**

IC 2 - Parturientes com acompanhante ficam mais tranqüilas.

IC 3 - Parturientes com acompanhante ficam mais seguras e satisfeitas.

IC 6 - É gratificante para a parturiente ter uma pessoa compartilhando o nascimento.

IC 8 - Dá mais tranqüilidade à parturiente na sala de parto ter alguém conhecido para observar tudo que está acontecendo, pois neste momento ela não tem autonomia para acompanhar tudo.

- IC 9 - A parturiente fica mais satisfeita porque o acompanhante foi escolhido por ela.
- IC 12 - Parturiente com acompanhante acha que vai dar tudo certo, porque ela se sente segura com uma pessoa da família.
- IC 13 - As parturientes com acompanhante demonstram alegria e contentamento, mesmo estando com dor.
- IC 19 - As parturientes gostam de ter o acompanhante mesmo que ele não tenha o comportamento que ela estava esperando.
- IC 20 - As parturientes ficam muito felizes quando têm acompanhante, seja a mãe, o marido ou a sogra. É bem diferente de quando estão sozinhas.
- IC 23 - O profissional percebe a emoção, a felicidade e o sentimento de realização na parturiente que está com o acompanhante.
- IC 24 - A parturiente com acompanhante se sente mais tranqüila, menos ansiosa em estar num lugar estranho, com pessoas que ela não conhece, não sabe o que vai acontecer.
- IC 26 - As parturientes com acompanhante ficam mais seguras, e mais confiantes quando eles estimulam para fazer na hora do parto.
- IC 27 - Parturientes com acompanhante se sentem mais satisfeitas, devido à humanização.
- IC 28 - As parturientes se sentem mais seguras com o acompanhante, quando vira urgência ela quer ainda mais ele junto.
- IC 31 - As primíparturientes têm medo do desconhecido e do parto, quando têm o acompanhante elas ficam mais tranqüilas.
- IC 40 - Quando o acompanhante é o marido, ela se sente mais mulher, mais capaz, mais feliz, não tem medo de ter o filho ou acontecer qualquer coisa.
- IC 42 - A parturiente com acompanhante tem mais força psicológica que ajuda no físico, ambos são necessários para o momento do parto.
- IC 44 - Após o parto normal, a mulher que teve o acompanhante se sente mais tranqüila, realizada e segura, o que a faz feliz.

**DSC15:** *É gratificante para a parturiente, porque ela escolheu aquela pessoa, então ela tá satisfeita porque ela tá ali. Elas estão num lugar estranho, onde não conhecem ninguém, nem o serviço, nada, elas não sabem o que vai acontecer, têm medo do desconhecido, geralmente têm medo do parto (...) é o primeiro parto delas, não têm a experiência anterior, seja ela positiva ou não. A gente percebe que elas ficam mais tranqüilas, entendeu? menos ansiosa, mais segura e se sente mais capaz. Elas entendem melhor, acham que tudo vai dar certo pela segurança de ter a pessoa amada ali por perto, né, uma pessoa da família. Ela tem mais força psicológica pra tá ajudando no físico dela, que é necessário para o momento do parto. Percebo a felicidade delas, a emoção em poder ter uma pessoa por perto, seja o marido ou a mãe... Com o acompanhante, elas demonstram, mesmo com dor, aquela alegria do que está acontecendo naquele momento, elas vão ter o neném e elas estão contentes. Nem todos trazem o que elas estão esperando, mas eu acho que elas gostam mesmo assim (...), porque é um momento importante pra ela. A paciente está em posição ginecológica, está anestesiada, então ela não tem autonomia pra acompanhar tudo o que tá acontecendo, tendo um externo, sem ser da equipe observando o que está acontecendo, acho que é uma tranqüilidade*

*a mais pra paciente, e uma orientação a mais para a família. E quando vira urgência ela precisa muito, quer mais ainda a presença do acompanhante com ela.*

**Idéia Central 16 - Existem muitos aspectos positivos com relação ao comportamento e a participação das parturientes que possuem acompanhante**

- IC 5 - A parturiente verbaliza coisas para o acompanhante que não verbaliza para a equipe médica e de enfermagem.
- IC 7 - Muda a participação e o comportamento da parturiente.
- IC 10 - Existe um apoio mútuo entre acompanhante e parturiente, independente se o acompanhante é o companheiro ou uma mulher.
- IC 11 - Algumas parturientes ficam mais “valentes”.
- IC 15 - Parturientes compartilham com o acompanhante o que estão sentindo, que é diferente de compartilhar com o profissional.
- IC 17 - Parturientes se sentem mais confortadas e são mais fortes durante o trabalho de parto e parto.
- IC 29 - As parturientes que têm acompanhante estão mais satisfeitas, então elas ficam mais tranquilas e colaboram mais.
- IC 30 - Os acompanhantes também orientam a parturiente, e elas aceitam mais as orientações dadas pela enfermagem.
- IC 34 - Parturientes com acompanhante prestam mais atenção nas orientações, então colaboram mais.
- IC 35 - O parto das parturientes com acompanhante é mais rápido e melhor em todos os sentidos, porque elas colaboram mais e prestam mais atenção.
- IC 37 - O acompanhante dá tranquilidade e torna a parturiente mais colaborativa.
- IC 43 - Com o acompanhante as parturientes se empenham mais a fazer mais força na hora do parto, o que tudo acaba bem.

**DSC 16:** *A gente vê que não é a mesma coisa compartilhar com a gente o que ela compartilha com a pessoa que tá do lado dela. Ela pode verbalizar algumas coisas que às vezes não verbaliza pra equipe médica e enfermagem. Eu acho que elas ficam mais confortadas, mais seguras e colaboram mais na sala, até entendem melhor a gente. Ela não está assustada ou com medo, então ela vai ter muito mais força no trabalho de parto e no parto. Parece que ela quer mostrar que ela é forte, que ela vai conseguir e que o bebê vai nascer bem, para aquela pessoa que tá ali... independente se for marido, mãe ou amiga. É diferente de estranhos solicitando que ela faça o puxo, orientando ela no parto. Elas são mais fortes para o trabalho de parto chegar ao fim, a satisfação delas é maior, a gente percebe isso no modo delas agirem. Elas ajudam bem mais, pois prestam mais atenção naquilo que você tá falando e aceitam mais. Elas têm um comportamento pra melhor, são mais colaborativas e mais tranquilas, isto faz com que o parto seja mais rápido, melhor, em todos os sentidos.*

**Idéia Central 17 – Algumas parturientes que têm acompanhante ficam mais queixosas**

IC 1 - Algumas parturientes com acompanhante fazem que estão com mais dor.

IC 4 - O acompanhante pode gerar preocupação na parturiente, pelo fato de não ter um preparo.

IC 18 - Algumas parturientes com acompanhante ficam pior, não enfrentam da mesma maneira, ficam mais dengosas e mimadas.

IC 45 - O acompanhante pode “desestabilizar” quando a parturiente não agüenta a situação e acha que ele é a “salvação”.

**DSC17:** *Olha! Cada paciente é de um jeito. Nós já vimos paciente ficar assim muito... mimada, muito mais... como é que eu vou falar? Mais dengosa com o acompanhante. Algumas pacientes ficam meio... fazem que tão mais com dor e tudo né, mas no geral não... Tem algumas que acho que ficam pior, nem todas (...) elas não enfrentam da mesma maneira, porque elas ficam meio dengosas.*

**Idéia Central 18** – A parturiente que não possui acompanhante demonstra mais medo e dificuldade para vivenciar o nascimento

IC 14 - As parturientes que não têm acompanhante elas geralmente demonstram que estão com dor, querem que acabe logo, querem ficar livres logo.

IC 22 - As parturientes que não têm acompanhante já chegam assustadas, nervosas e às vezes agressivas. Entram em desespero, choram e não querem aceitar a analgesia.

IC 41 - Parturientes que internam sozinhas entram com medo.

**DSC 18:** *Quando elas estão sozinhas chegam assustadas, com medo, já chegam nervosas, às vezes agressivas, a gente vê a diferença aí, na agressividade, no choro...elas começam a chorar e entram em desespero. Elas demonstram que tão com dor, que querem que acabe logo e querem sair logo, querem ficar livres logo. Psicologicamente quando está abalada, no trabalho de parto que é o caso dela, assustada, ela tem menos força. Eu acho que desse lado deveria ter alguém junto (...) elas se sentem muito mais tranquilas.*

## PERGUNTA 7

Questão analisada: Com relação ao comportamento/participação/papel do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, o que você achou?

## TEMA VI – PARTICIPAÇÃO, COMPORTAMENTO E PAPEL DO ACOMPANHANTE

**Idéia central 19** – O acompanhante dá apoio emocional à parturiente

IC 2 - O acompanhante ajuda a acalmar a parturiente, se elas chamam mais atenção independente do acompanhante.

- IC 6 - Os acompanhantes ajudam e estimulam a parturiente a fazer força.
- IC 15 - No momento do parto o acompanhante participa mais, ajudam a parturiente a fazer força, seguram na mão, estão ao lado.
- IC 27 - O principal papel do acompanhante é estar junto da parturiente, independente do seu conhecimento e do seu parentesco.
- IC 28 - O acompanhante dá o carinho que o profissional não consegue dar.
- IC 29 - Na sala de parto o acompanhante ajuda muito, gera um sentimento de poder na parturiente e colabora para que tudo ocorra da melhor forma.
- IC 30 - Quando o acompanhante é a mãe as parturientes se sentem mais seguras e entendem o que é realmente ser mãe.
- IC 31 - Alguns maridos são muito carinhosos, participam e dão apoio.
- IC 33 - O acompanhante ajuda bastante, pois apóia e incentivam a parturiente.
- IC 39 - Alguns maridos são nervosos, as mães geralmente são mais calmas e mais tranquilas, mas os dois conseguem tranquilizar a parturiente.
- IC 43 - O marido fica preocupado com a esposa e ele acolhe bem ela.
- IC 45 - Os acompanhantes são muito importantes para a parturiente, são tranquilos e ficam sentados ao lado dela.
- IC 56 - Os acompanhantes conversam, confortam quando a parturiente está com dor, às vezes tentam fazer uma massagem.
- IC 61 - Mesmo sem preparo, o acompanhante para a parturiente é uma ajuda, é ter alguém com vínculo perto dela para animá-la.
- IC 63 - Se o acompanhante tivesse conhecimento ajudaria mais no trabalho de parto e parto, mas só a presença dele já é importante.
- IC 67 - Quando o acompanhante é a mãe ou uma pessoa que já tem experiência passa muita segurança para as parturientes e elas ficam mais tranquilas e colaboram.
- IC 70 - Os acompanhantes ajudam, pois conversam, ficam ao lado o tempo todo, passam segurança, às vezes explicam muitas dúvidas que as parturientes não querem perguntar para a enfermagem.

**DSC 19:** *Acho que o principal papel do acompanhante é estar junto com a parturiente, independente do conhecimento que ele tenha, se é pai da criança, marido, namorado, a mãe, não importa. O importante é a parturiente ter aquele carinho, que muitas vezes a gente não consegue dar.... Vimos acompanhantes supercarinhosos, participando, dando apoio, segurando a mão, acalmando, incentivando ela a se comportar de acordo com aquele momento, pra ela ter força. Quando elas estão alteradas, ansiosas ou nervosas, o acompanhante tranquiliza e estimula a colaborar mais... acolhe ela bem, ele fica ali o tempo todo do lado. Às vezes elas têm dúvidas que não querem perguntar pra gente, acabam perguntando pra eles.... Eu percebi que eles costumam confortar quando ela está com dor, alguns até ficam tentando fazer uma massagem.... eles ficam conversandinho... passam confiança pra paciente. Você vê que ele não fica ali só porque precisa ficar alguém. Elas ficam bem mais seguras, nossa! A gente percebe que no parto o acompanhante ajuda a parturiente a fazer força, segurando a mão, tando ali do lado... uns falavam assim: “vamos ajudar, fazer força”.*

### **Idéia Central 20 – O acompanhante ajuda a enfermagem em alguns cuidados**

IC 89 - O acompanhante colabora com a parturiente ao participar de alguns cuidados como colocar a comadre, e desta forma também ajudam a enfermagem.

IC 74 - A maior parte dos acompanhantes ajuda, acompanha no chuveiro, tranqüiliza a parturiente, estimula para fazer força.

**DSC 20:** *A maior parte deles ajudam..., tranqüiliza a paciente, ajuda a pedir pra fazer força, segura na mão. São colaborativos com a parturiente... antes do parto acompanham a paciente se ela vai pro chuveiro, ajudam principalmente quando elas querem fazer um xixi, ajudam a pôr uma comadre,....nós fazemos, mas às vezes eles... “ah! minha esposa eu tô aqui, vou ajudar”. Então, assim, eles nos ajudam bem. Eu acho que ajudou muito, principalmente a enfermagem, porque deixa o acompanhante acompanhar a paciente e vai cuidar de outros assuntos, entendeu?*

### **Idéia Central 21 - A orientação que o acompanhante recebeu facilitou a sua participação e evitou que “atrapalhasse” o serviço**

IC 18 - Como acompanhantes consideram privilégio poder estar presente, seguem à risca toda a orientação que foi passada.

IC 72 - Os acompanhantes ajudam a parturiente, não questionam, permanecem ao lado dela porque estão bem orientados.

IC 78 - O acompanhante não é orientado no pré-natal, mas as orientações que ele recebe antes de entrar no Centro Obstétrico faz com que ele ajude e não atrapalhe.

IC 68 - Os acompanhantes são um pouco preparados, assim eles ajudam a passar tranqüilidade para a parturiente.

IC 69 - Os acompanhantes chegam conscientes do que vai acontecer.

IC 71 - O acompanhante bem orientado e bem assessorado não interfere na rotina da enfermagem.

IC 73 - Quando o acompanhante está bem orientado não atrapalha.

**DSC 21:** *E o que eu notei é que eles seguem à risca toda a orientação que foi passada. Geralmente eles ficam mais ali ajudando a paciente mesmo... não ficam saindo, andando, porque tão bem orientados. Então, eu acho que quando bem orientado, não atrapalha... apesar de ele não ter sido trabalhado no pré-natal... Eles se comportam bem, ficam tranqüilos também, como eles já vêm mais ou menos preparados... já vêm conscientes do que vai acontecer, tudo certinho... Quando ele tá bem orientado, bem assessorado, ele caminha tranqüilo, assim, ele não interfere em nada na nossa rotina.*

### **Idéia Central 22 - O acompanhante não causou problema, ele entendeu o seu papel, interagiu com a equipe e respeitou as condutas**

IC 4 - Os acompanhantes foram tranqüilos, calmos e entenderam todas as situações, não causaram problema.



- IC 1 - Os acompanhantes entenderam a proposta e ficaram só com a parturiente.
- IC 9 - Os acompanhantes não causaram problema e não atrapalharam.
- IC 20 - O acompanhante participa muito bem, ao contrário do que se esperava.
- IC 44 - Os acompanhantes se comportaram bem, tanto o marido quanto a mãe da parturiente ficam sempre ao lado dela, perguntam quando possuem dúvidas. Nunca teve nenhum problema.
- IC 47 - Os acompanhantes não são agressivos com palavras.
- IC 52 - O comportamento do acompanhante foi bom, eles querem acompanhar mesmo, não estão por obrigação.
- IC 87 - Os acompanhantes se comportam bem, inicialmente um pouco inibidos, mas aos poucos se acostumam com a rotina.
- IC 80 - Em situações de urgência na sala de parto o acompanhante não interfere, sua postura é de espectador e aceita sair da sala quando solicitado.
- IC 19 - Quando os acompanhantes têm dúvida eles verbalizam, conversam e interagem com tudo.
- IC 82 - O acompanhante não questiona a conduta médica, mesmo quando é aplicado um fórceps
- IC 83 - Acompanhante não causa nenhum problema, respeita as condutas médicas sem questionar, nem mesmo no pré-parto quando a parturiente tem dor, não questiona se precisa fazer anestesia.
- IC 42 - No atendimento do recém-nascido os pais ficam atentos e nervosos, mas se tranquilizam quando os profissionais conversam.
- IC 16 - Acompanhante presente, entendendo o que está acontecendo no parto e na recepção do recém-nascido, diminui conflitos.
- IC 17 - Nos casos de mau prognóstico, importante ter alguém que possa prover transparência para a família sobre como foi o parto.
- IC 79 - Nas situações de urgência na sala de parto, se o acompanhante recebe explicações sobre o ocorrido ele aceita bem.

**DSC 22:** *Parece que os acompanhantes entenderam, vieram certinho, se comportaram... eles entenderam a proposta, eles querem acompanhar mesmo...então ficaram só com a paciente... o acompanhante tá observando tudo... e entende o que tá acontecendo durante a recepção do RN, no momento do parto gera uma diminuição de conflito. Nos casos de mau prognóstico é importante ter mais uma pessoa, de tá provendo transparência pra família, do que acontece no parto. Teve uma situação de urgência... eu conversei com ele, expliquei o que tinha acontecido, e ele aparentemente aceitou... a postura dele foi realmente de espectador... saiu da sala quando se pediu...lógico que ficou apreensivo... mas não teve uma interferência direta. A maioria dos acompanhantes aqui foram pessoas muito tranquilas, muito calmas que entenderam todas as situações... qualquer dúvida sempre perguntavam e questionavam de uma forma muito tranquila... eles interagem com tudo. Nenhum deles questionou a conduta do médico, mesmo quando precisou fazer uma manobra, local um fórceps ou alguma coisa... foi tranquilo... Realmente eles aceitam o que vc fala e... eles vêem o médico vê toda hora, de vez em quando a enfermeira... Então, eu acho*

*assim, que eles se comportaram bem, eles se sentem assim, de início às vezes um pouquinho acanhado, depois ele já vai e costumando com a rotina...*

**Idéia Central 23 - O acompanhante se sente feliz e gratificado por poder participar e compartilhar a experiência**

IC 5 - Parece que os acompanhantes ficam mais felizes que a própria parturiente.

IC 8 - Acompanhantes ficavam quietos e fascinados em ver o nascimento.

IC 14 - É gratificante para a família ter alguém que participe deste momento mágico que é o parto.

IC 51 - O marido encara como se fosse um presente, uma diferenciação, se sente especial porque tem essa oportunidade de estar ali.

IC 88 - O acompanhante sente a sua presença ao lado da parturiente é necessária e importante.

**DSC 23:** *Percebi que eles consideram isso um privilégio, poderem estar assistindo a gestante... eles encaram isso como se fosse um presente, uma diferenciação, ele se sente especial porque tão tendo a oportunidade... o que eles deixam transparecer é isso. Mas engraçado que a gente olha mais a reação dos acompanhantes (risos), parece que os acompanhantes ficam mais felizes do que a própria paciente... tem uns que só ficavam fascinados... Ele se sente importante ao lado da mulher, com certeza... É um momento que eu acho mágico, o momento do parto. Ter uma pessoa ali da família participando, eu acho que é gratificante pra família, pra parturiente também.*

**Idéia Central 24 - Se o acompanhantes tivessem mais conhecimento, através de um preparo no pré-natal, poderiam ajudar mais**

IC 10 - Necessidade de informar o acompanhante sobre o que está acontecendo, muitas coisas desconhecidas no pré-parto e sala de parto.

IC 12 - A presença do acompanhante é importante, mas falta preparo.

IC 13 - O preparo do acompanhante deveria ser incentivado no pré-natal e em trabalhos de grupo, mas na realidade nem as gestantes são preparadas.

IC 25 - O acompanhante deveria adquirir conhecimento no pré-natal, no hospital é complicado para os profissionais fazerem isso.

IC 26 - Com conhecimento o acompanhante poderia ajudar mais, mas isso não interfere na satisfação da parturiente, pois só estar presente já é uma alegria para ela.

IC 60 - Se a população estivesse acostumada com esta rotina de ter o acompanhante poderia ser mais eficaz o papel dele, não só de estar presente, teria uma orientação no pré-natal e ajudaria nas etapas do trabalho de parto.

IC 24 - Os acompanhantes querem ficar ao lado da parturiente, o que falta é um pouco de conhecimento para poderem participar mais.

**DSC 24:** *Ele estar presente já é importante, mas se ele tivesse um conhecimento seria mais adequado. Tem muita coisa desconhecida pro acompanhante no pré-parto, que se acentua na sala de parto. Vejo que falta esse preparo do acompanhante... que deveria*

*ser incentivado durante o pré-natal, em grupos, porque a paciente tem nove meses para se preparar. A gente percebe que eles querem estar ali... não arredam pé, só que as orientações ainda ficam um pouco pra trás né, às vezes ele tem medo quando a paciente começa a queixar de muita dor a coisa fica meio complicada....eles querem resolver, mas também não querem por a mão, né... falta um pouquinho de conhecimento... Eu acho que a população não está acostumada com isso... se eles soubessem dessa rotina... se já existisse o acompanhante desde o pré-natal... se preparando, seria muito melhor. Já é bom agora, mas seria muito melhor. No hospital é complicado o profissional passar né, teria que ser no pré-natal... daí poderia ajudar mais.*

**Idéia Central 25 - Alguns acompanhantes se inibem e não participam como esperado**

- IC 32 - A inibição de alguns acompanhantes pode ser por receio, emoção e pela presença do profissional.
- IC 21 - Teve acompanhante que não quis participar do parto, mas depois foi ver o bebê.
- IC 11 - Às vezes o acompanhante está mais assustado do que a parturiente, mas isso pode ser contornado.
- IC 34 - O marido que não está vivenciando com a mesma intensidade que a parturiente não ajuda, não dá o mesmo carinho e não colabora muito com ela.
- IC 35 - Problemas no relacionamento entre a parturiente e o acompanhante, além da imaturidade, podem interferir na forma como vivenciam e compartilham o acontecimento.
- IC 36 - Alguns maridos não conseguem dar proteção e carinho, eles dispersam e não proporcionam o que elas estão precisando naquele momento.
- IC 38 - A forma como o marido participa depende da maturidade dele e de como está evoluído na situação.
- IC 46 - Quando o acompanhante fica ansioso com a forma como o trabalho de parto está evoluindo, acaba não apoiando e deixa a parturiente um pouco nervosa.
- IC 49 - Na sala de parto o marido às vezes fica inibido e o profissional estimula para ele participar (pegar no bebê, ficar mais perto da parturiente, falar com ela).
- IC 54 - Alguns acompanhantes são quietos demais, não se sentem à vontade, às vezes é devido ao curto tempo que ficam.
- IC 58 - Na hora do parto, quando o acompanhante é o marido, ele não tem noção de como pode ajudar ou de como é o parto por falta de preparo.
- IC 62 - O acompanhante às vezes fica meio perdido, não sabe o que fazer para poder ajudar.

**Dsc 25:** *Acho que às vezes o acompanhante fica até meio perdido, não sabe o que fazer... às vezes fica mais assustado do que a própria parturiente... nada que não possa ser contornado. Alguns ficam com receio, sei lá....é uma situação bem diferente... Pode ser que eles sejam até mais carinhosos.... a emoção deixa eles inibidos... não sei se é por causa da nossa presença, não sei... eles ficam inibidos. As mulheres ficam muito sensíveis e querem mais proteção, mais carinho e não é todos os maridos que conseguem... eles dispersam assim... não dão o que elas estão precisando naquele momento. Acho que na sala de parto eles não têm muita noção do que eles poderiam*

*fazer pra poder ajudar... você tem que mostrar pra ele qual é o lugar dele... às vezes ele se distancia, não se sente à vontade porque ficam pouco tempo... não sabe se pode... eu até dava uma cutucada no acompanhante, tipo assim: “pode ficar perto da paciente, pode conversar com ela, com o bebê, pode pegar o bebê se quiser...”*

## **PERGUNTA 9**

Questão analisada: Com relação à humanização da assistência no nascimento, você acha que o acompanhante influencia ou não neste aspecto?

### **TEMA VII – O ACOMPANHANTE E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO NASCIMENTO**

**Idéia Central 26 - Acompanhante faz o profissional assumir uma atitude mais humana e menos rotineira**

IC 3 - O acompanhante humaniza equipe médica, de enfermagem e demais equipes no hospital.

IC 4 - O acompanhante faz o profissional não instrumentalizar o parto, torná-lo rotineiro e mecânico.

IC 5 - Acompanhante faz profissional lembrar que ela tem uma família que está atenta ao desfecho obstétrico/neonatal e se importa com ela.

IC 6 - Acompanhante faz com que o profissional resgate o lado humano do parto e não apenas o lado técnico/científico e rotineiro.

IC 8 - O acompanhante muda a rotina da enfermeira, que passa a ver o lado mais humano do parto e agir como mais naturalidade com o parto.

IC 31 - O acompanhante humaniza não só em relação à parturiente, mas a equipe toda. Os profissionais ficam mais educados, se políam no que vão falar e prestam mais atenção no momento que é mágico.

IC 32 - O acompanhante deixa o momento do parto mais bonito, o ambiente fica melhor.

**DSC 26:** *O acompanhante favorece, e em muito, a humanização do parto pra equipe médica e de enfermagem, pra equipe de dentro do hospital... pra gente não tornar o parto algo rotineiro, algo mecânico... ajuda a lembrar que aquela paciente tem uma família que se importa com ela, que tá todo mundo atento ao desfecho obstétrico e neonatal. É uma visão que vem de fora que pode acrescentar muito pra gente, resgatando o lado humano do parto, e não o lado técnico e científico e de rotina de trabalho. O acompanhante pode estar sendo um sinalizador pra gente estar resgatando isso... Todo mundo presta mais atenção no jeito como fala com a paciente, fica mais educado, se policia mais sobre o que vai falar. Presta mais atenção que o momento tá mágico ali... não é só uma paciente que veio ganhar bebê e vai embora...*

### **Idéia Central 27 - Com ou sem acompanhante pode haver humanização**

IC 10 – O cuidado é humanizado com ou sem acompanhante.

IC 12 – Com ou sem acompanhante as parturientes são tratadas com carinho, educação e procura deixá-las à vontade.

IC 18 – Ter o acompanhante pode não fazer diferença, parturientes ficam muito contentes com a analgesia, são bem tratadas, recebem atenção, fica num quarto no alojamento conjunto às vezes sozinha, recebe apoio para amamentação. O que é oferecido de humanização é suficiente.

**DSC 27:** *Tanto com acompanhante quanto sem acompanhante elas são tratadas da mesma forma. (...) aqui, o que a gente fala é como se fosse hospital particular, que a gente procura atender igual. Eu não vejo diferença nenhuma não, a gente trata com carinho, procura ter educação com elas, procura deixá-las mais à vontade, tem algumas chegam chorando, né, com medo, procura deixa-las mais à vontade.... Não se ter acompanhante sempre faz diferença do ponto de vista de resultado... ela passou num lugar limpo, claro, direitinho, todo mundo viu ela... teve um pouco de dor... mas quando ela precisou foi atendida... ela foi pra sala, teve o nenê dela....e depois, o nenê já fica com ela... Todo mundo fica em cima dela pra ver se ela tá amamentando o nenê. Então, assim, eu acho que é...eu acho até que a gente não se enquadre em alguns aspectos... eu acho assim, que o tanto que a gente oferece de humanização pra paciente, eu acho que é suficiente.*

### **Idéia Central 28 - A analgesia de parto é um aspecto da humanização**

IC 16- O principal aspecto da humanização é que todas as parturientes tenham analgesia.

IC 17- A analgesia, grande fator de humanização, é um direito da parturiente e não se justifica deixar sentir dor.

IC 20 - Poderia se introduzir a deambulação, líquidos e gelo durante o trabalho de parto, mas poderiam interferir na analgesia e acho que as parturientes prefeririam ter analgesia.

IC 30 - Pode até não ter acompanhante, mas o serviço é humano porque se preocupa com a dor e para a parturiente é mais tranquilo.

**DSC 28:** *Eu considero que analgesia é um grande fator de humanização, acho que não justifica ter alguma coisa que você possa fazer pra pessoa não sentir dor e... parirás com dor ficou lá na Bíblia há muito tempo. E eu acho que o fato principal é que ela tem analgesia, todo mundo tem, a gesta 7 tem, a primigesta tem, a cesárea anterior tem, né. Tem algumas coisinhas que a gente poderia modificar, e tal, mas se for perguntar pra paciente, se prefere ficar deambulando no trabalho de parto ou você quer anestesia... a maior parte delas acho que iria querer analgesia. Então, os líquidos ou comida, você vai ter que ter mudanças... se ela pudesse ficar chupando um gelinho ali, ou tomar golinho de suco e não fizesse diferença,né. Mas hoje não tem como você mudar, isso são normas anestésicas, por segurança. O nosso serviço, acho que é bastante humano, com relação à preocupação com a dor, porque assim, você pode até não ter o acompanhante ali na hora, mas se você tá sem dor, já é mais tranquilo.*

## 9.7. Anexo 7 – Discurso do Sujeito Coletivo – Acompanhantes

### PERGUNTA 1

Questão analisada: Como você se sentiu acompanhando a sua companheira, esposa ou filha durante o trabalho de parto e parto? O que foi bom para você e o que foi ruim?

### TEMA I – SENTIMENTOS E OPINIÃO DO ACOMPANHANTE SOBRE A EXPERIÊNCIA

**Idéia Central 1** – O acompanhante teve sentimentos positivos, emoção e satisfação com a experiência, e se sentiu confiante para ajudar

IC 1- Ficou emocionada.

IC 5 - Se sentiu muito bem.

IC 8 - Se sentiu confiante para ajudar.

IC 10 - Foi muito bom e emocionante.

IC 11 - Ficou muito feliz.

IC 13 - No começo dá um "frio", mas quando bebê nasce é maravilhoso.

IC 20 - Parece que sente as contrações também.

IC 24 - Faria o papel de acompanhante novamente, se fosse preciso.

IC 25 - Sentiu-se muito feliz e emocionada.

IC 30 - Foi ótimo e tudo tranquilo.

IC 32 - Experiência emocionante e chocante, não tem como explicar.

IC 34 - Ver a filha no colo da esposa deixou sem reação e não consegui fazer nada.

IC 35 - Na hora do nascimento parece que o mundo parou, não tem explicação.

IC 36 - Na hora do parto perdeu a noção do tempo, mas o parto foi rápido.

IC 40 - Apesar de sentir-se ansioso no pré-parto, frente a dor da esposa, referiu que nada foi ruim.

IC 42 - Tranquilo, foi só esperar o bebê nascer e nasceu bem.

IC 44 - A mulher sente dor, mas na hora que o bebê nasce é tranquilo.

IC 46 - É uma experiência inesquecível ver o bebê nascer.

IC 50 - Nada foi ruim, tudo foi bom e maravilhoso. Não tem queixa de nada.

IC 57 - A experiência foi fantástica e nada foi ruim.

IC 66 - Ansioso para o momento do nascimento.

IC 70 - Difícil expressar, pois ver o nascimento do filho é um momento muito especial da vida.

IC 74 - Para o pai é uma emoção o momento do parto.

IC 76 - Nunca tinha tido essa oportunidade, adorou e se sentiu orgulhosa.

IC 86 - Quando bebê nasceu roxo achou que ele não estava bem, depois viu o choro dele e ficou aliviada.

IC 92 - Feliz por ter sido escolhida a participar da experiência.

**DSC1:** *Ah! sei lá, foi uma emoção tão grande, viu... foi chocante e ao mesmo tempo emocionante, é uma coisa que não tem como explicar... achei bárbaro, fantástico. É uma experiência muito boa mesmo... eu adorei, foi ótimo, fiquei muito contente, fiquei muito emocionada. Me senti muito bem... eu gostei de todos os momentos, até na sala de cirurgia... Foi muito bom pra nós, acho que pro neném também... Quando você tá presenciando, se sente mais confiante pra poder ajudar também... Não sei se foi uma hora ou duas horas que evolui, eu sei que foi rápido demais (...) no começo dá um frio... depois o nenê nasceu, foi ótimo, maravilhoso (...). não tem assim como falar. É uma experiência que a gente não vai esquecer nunca... não há nada que pague o dia de hoje. Ver meu filho nascer (...) tô feliz, porque é um momento muito especial da minha vida. Meu Deus, que sensação mais boa... Eu faria tudo de novo, se fosse o caso.*

#### **Idéia Central 2 – A experiência foi boa porque pôde acompanhar o atendimento**

IC 4 - Muito bom poder ver como os médicos e enfermeiros tratam a mulher.

IC 7 - Se sentiu tranquilo, porque pôde estar presenciando o que está acontecendo.

IC 23 - Gostou do atendimento dos profissionais.

IC 41 - Ficou tranquilo e sem preocupação, porque estava junto vendo que estava tudo bem com a esposa.

**DSC 2:** *Foi um presente até, porque a gente fica agoniada lá na sala de espera... gostei muito de poder acompanhar o tratamento dos médicos e enfermeiros... vi que trataram muito bem ela. Também fiquei mais tranquilo em saber que eu tô ali acompanhando... a gente tá de fora não sabe o que está acontecendo, então, quando você tá presenciando o atendimento é muito bom... e atenderam super bem, gostei.*

#### **PERGUNTA 2**

Questão analisada: Você acha que estando junto com ela, ajudou ou não? Por que acha que ajudou ou não ajudou? O que foi bom para ela e o que foi ruim?

### **TEMA II – O APOIO DO ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO/PARTO**

#### **Idéia Central 3 - Estar junto ajudou muito, porque o acompanhante deu apoio emocional**

IC 3 - Estar junto ajudou muito.

- IC 41 - Acha que tudo que fez foi bom, senão ela teria falado.
- IC 43 - Bom para ambos (parturiente e acompanhante).
- IC 1 - A filha é nervosa, mas ficou segura e sem medo com a mãe ao lado.
- IC 6 - Por ser primeiro filho só a presença ajudou a não ficar mais nervosa.
- IC 5 - A mulher ficou tranqüila pelo fato de que a mãe não estava lá fora do centro obstétrico preocupada com ela.
- IC 8 - O mais importante é que a mulher sozinha e sentindo dor não ficaria bem acomodada.
- IC 9 - Estar junto deixa a parturiente mais calma.
- IC 11 - O acompanhante sente o valor da sua presença, a mulher não quer ficar sozinha, nem para ele fazer lanche.
- IC 7 - Quando a mulher não fica sozinha ela se sente melhor, poderia até ser qualquer outra pessoa com quem ela pudesse contar.
- IC 22 - Poder acompanhar ajudou, pois a mulher sempre falava que queria sua presença (sogra), mais do que o esposo.
- IC 24 - No pré-parto ela estava desesperada e se fortaleceu com a chegada do acompanhante.
- IC 25 - Foi bom, a mulher ficou contente com a presença do acompanhante.
- IC 26 - Deu apoio, esteve ao lado e auxiliou em tudo.
- IC 2 - Ajudou a mulher a ter força, não gritar ou fazer escândalo.
- IC 4 - Passou segurança e a mulher ficou mais calma.
- IC 12 - A mulher ficou mais calma e compreensiva.
- IC 13 - Se estivesse sozinha não teria tanta força na hora do parto.
- IC 45 - Só acontecem problemas se for vontade de Deus, o pensamento positivo e a oração do acompanhante ajudam muito.
- IC 47 - A presença do pai do bebê ajuda muito.
- IC 50 - O acompanhante não pode sentir as dores pela mulher, mas uma palavra amiga e uma força ajudam.
- IC 52 - Ajudou dando força e acalmando a mulher nas contrações.
- IC 28 - O acompanhante acha que a sua ajuda fez o parto ser rápido, e assim a mulher não sofreu tanto.
- IC 35 - Conversou para encorajar.
- IC 30 - Conversar bastante fez ela se sentir calma e mais à vontade.
- IC 40 - Fez tudo certinho como mandaram: pegou na mão, passou a mão na barriga. Acha que ajudou muito e foi bom.
- IC 46 - A mulher segurou muito a mão do acompanhante, acha que ela se sentiu protegida.
- IC 21 - Deu orientações para fazer força na hora do parto: não se prender que era pior e se soltar.



IC 53 - Acha que ajudou a naturalizar a dor do parto dizendo: a dor é assim mesmo, dor de um prazer porque sofre e depois vem a alegria porque nasce um filho.

**DSC 3:** Eu acho que dei bastante força pra ela, quando cheguei ela tava bem desesperada, eu acho que ela se fortaleceu... Dei apoio pra ela, estando do lado e conversando bastante (...) ela se sentiu mais à vontade, ficou mais tranqüila, mais compreensiva, ficou bem mais calma, ajudou muito... ela segurou muito na minha mão, acho que ela se sentiu protegida. Com certeza, se ela tivesse sozinha ela não tinha tanta força pra fazer o nenê nascer. Ela se sentiu com mais coragem, ... a gente orou muito, pedimos pra Deus pra ele ajudar nós... Acho que ajudei muito dando apoio, segurei a mão, fiz um carinho no cabelo, na hora do banho eu fiquei junto, ajudei dá banho. Isso é muito importante (...) é tudo nessa hora. Dando uma força na hora das contrações (...) fiz certinho do jeito que eles mandaram passando a mão na barriga, pegando na mão, tentando acalmar ela, falando para ela que é assim mesmo. A gente não vai sentir as dores por ela, é claro.... mas é uma palavra amiga, um pensamento positivo em oração. Se eu não tivesse acompanhado ela ia ficar nervosa, talvez não tinha sido tão rápido como foi, e ela não sofreu tanto. No primeiro filho, a gente sente insegura, então eu achei que ela se sentiu segura...

### **PERGUNTA 3**

Questão analisada: Como foi sua interação com os profissionais de saúde, médicos e enfermeiras? Como você foi recebido por eles?

### **TEMA III – A INTERAÇÃO DO ACOMPANHANTE COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

#### **Idéia Central 4 – O acompanhante se sentiu bem recebido pelos profissionais de saúde**

IC 1 - Boa interação, pessoal muito atencioso, não tem reclamação.

IC 2 - Foi legal, não atrapalhei em nada e eles também não reclamaram de nada.

IC 3 - Os profissionais foram simpáticos e atenciosos, nada a reclamar.

IC 4 - Foi maravilhoso, são pessoas boas, trabalham super bem, estão de parabéns.

IC 6 - Se sentiu à vontade, preferiu não perguntar e observar mais.

IC 9 - Foi tudo legal, médicos e enfermeiros são uns amores. Não tem do que se queixar

IC 10 - Se sentiu bem, não foi barrada e foi bem tratada.

IC 11 - Foi excelente, os profissionais do hospital me receberam como se me conhecesse à tempo.

IC 12 - Os profissionais bricaram, me descontraíram e até tentaram aliviar a minha tensão.

IC 14 - Gostou bastante, pois os profissionais foram bem tranqüilos e educados, tratam bem as pessoas.

IC 17 - Quando tinha dúvida perguntou e os profissionais informaram.

**DSC 4:** *Melhor não podia ser, me senti nossa!!! o pessoal daqui é muito bom, são profissionais mesmo sabe, me deixaram à vontade, deixaram ela à vontade, brincam com a gente para ajudar a relaxar. Gostei muito e tenho vontade de dar parabéns para eles, eles são bons mesmo. Não tenho do que reclamar não... eu não atrapalhei em nada e eles também não reclamaram nada... Não fui barrado, eu acompanhei tudo... e foram simpáticos, atenciosos e educados, me trataram bem, então me senti bem... pra mim foi maravilhoso. Qualquer dúvida que eu tive eu perguntei e eles foram muito pacientes pra tá explicando (...) tudo nota 10, eu não tenho queixa de nada, nada mesmo!!!*

**Idéia Central 5 – O acompanhante se sentiu bem porque achou que a assistência à parturiente era boa e os profissionais estavam sempre por perto para ajudar**

IC 5 – O atendimento maravilhoso, médicos novinhos, mas responsáveis. Que o atendimento continue assim.

IC 7- Os profissionais são responsáveis, vinham toda hora, não precisava chamar, deram atendimento ótimo.

IC 13 – O acompanhante se sentiu bem recebido e acha que a esposa foi muito bem tratada.

IC 16 - Ficou tranqüilo porque os profissionais estavam sempre perto para ajudar e viu tudo que precisou.

IC 26 – A mulher falou para o acompanhante que a equipe é muito boa, eles deixaram à vontade. Gostou muito do atendimento.

IC 15 - Ao trazer uma pessoa para o hospital a idéia que se tem é de que vão maltratar, mas quando convive com as pessoas vê que não é assim.

IC 27 – A idéia inicial é de que os profissionais do hospital tratam com "dificuldade", pois já estão acostumados e adaptados com tudo e se tornam arrogantes. Mas não é assim.

**DSC 5:** *Eu fui bem recebido e eu acho que a minha esposa também, foi muito bem tratada. (...) quando a gente traz uma pessoa para o hospital a gente já pensa que vão maltratar, mas quando a gente convive com as pessoas... eu vi que tudo que eu precisei eles estavam sempre pertinho para ajudar, me tranqüilizou bastante. Maravilhoso, achei o atendimento muito bom nesse hospital (...) eles são responsáveis, eles trabalham super bem (...) eles tão aqui pra isso, então eles vêm na hora certa, não teve o que precisar chamar, porque toda hora eles deram um atendimento ótimo, tudo ali em cima (...) de todos os lugares que eu passei, o melhor que eu fui atendido foi aqui. Às vezes no hospital tratam as pessoas com uma certa dificuldade... por já estarem acostumados, adaptados ali, então tem muitas pessoas que acabam se tornando muito arrogantes. Aqui tá de parabéns... ela se sentiu muito à vontade, falou que é uma equipe muito boa, ficou muito contente...*

## 9.8. Anexo 8 – Carta de Aprovação do Projeto no CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
✉ Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas, SP  
☎ (0\_\_19) 3788-8936  
fax (0\_\_19) 3788-8925  
✉ [cep@head.fcm.unicamp.br](mailto:cep@head.fcm.unicamp.br)

CEP, 15/07/03  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: N° 211/2003**

### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “INFLUÊNCIA DO ACOMPANHANTE NA EVOLUÇÃO DO PARTO, NA SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE E NA PERCEPÇÃO DA PROFISSIONAL DE SAÚDE”**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Odaléa Maria Bruggemann

**INSTITUIÇÃO:** Hospital Estadual de Sumaré

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 21/05/2003

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 15/07/04

### **II - OBJETIVOS**

Avaliar a influência da presença do acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto/parto, sobre a satisfação da parturiente com vivência do acompanhante, e conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a experiência de prestar assistência na presença do acompanhante.

### **III - SUMÁRIO**

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, a ser efetuado na Maternidade do Hospital Estadual de Sumaré.

A parte quantitativa é um ensaio clínico controlado, randomizado, com 270 primíparas, sendo que metade delas terá um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto/parto e a outra metade não o terá. Os dados quantitativos serão colhidos por meio de um formulário contendo informações sobre a identificação, sobre a evolução do trabalho de parto/parto e sobre a satisfação da parturiente. As variáveis estudadas são: duração da fase ativa do período de dilatação, uso de ocitocina, aminiotomia, analgesia do parto, duração do período expulsivo, distócias funcionais, tipo de parto, episiotomia, Apgar do recém-nascido, aleitamento materno, satisfação da parturiente e percepção dos profissionais de saúde.

A parte qualitativa é de natureza exploratória. Os sujeitos são os enfermeiros e médicos que trabalham no Centro Obstétrico. Os dados colhidos referem-se à percepção que eles têm sobre a presença do acompanhante. Esse dados serão colhidos por meio de

entrevistas gravadas que se utilizam um roteiro temático.

Os critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos do estudo quantitativo e do estudo qualitativo encontram-se às folhas 11 e 12 do anteprojeto. Serão utilizados os prontuários e serão feitas entrevistas com as puérperas nas primeiras 12 a 24 horas após o parto. Os dados com os profissionais de saúde serão colhidos quando faltarem aproximadamente 40 primíparas para serem selecionadas no estudo.

Os dados quantitativos sofrerão tratamento estatístico, e os dados qualitativos sofrerão análise temática.

O projeto está estimado para durar 24 meses.

#### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

Trata-se de um projeto do Grupo III segundo o fluxograma do Comitê de Ética.

A pesquisadora informa que não há risco algum com o procedimento. Há três modelos de termo de consentimento livre e esclarecido: um para as parturientes, outro para os acompanhantes, e um terceiro para os profissionais de saúde. As fitas gravadas com os profissionais de saúde terão uma identificação numérica e serão destruídas após o término da pesquisa. O projeto está orçado em R\$37.847,00, devendo ser solicitado financiamento para a FAPESP. Trata-se de projeto de Pós-Graduação em nível de doutorado, sob a orientação da Profa. Dra. Mary Angela Parpinelli.

#### **V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

#### **VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha

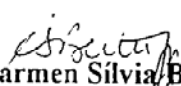
vido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## **VII - DATA DA REUNIÃO**

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de julho de 2003.

  
**Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## 9.9. Anexo 9 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Parturiente

### Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, prontuário número \_\_\_\_\_ residente à \_\_\_\_\_

abaixo assinada, fui informada que está sendo realizada uma pesquisa para saber se o trabalho de parto e o parto da mulher que possui um acompanhante, escolhido por ela, que ficará ao seu lado até o bebê nascer é igual ou diferente do trabalho de parto da mulher que não tem este acompanhante. Esta pesquisa também quer saber o que as mulheres acham sobre a experiência de ganhar o bebê. Além disso, os médicos e enfermeiras serão entrevistados para que possam dizer como foi ter atendido as mulheres que tiveram um acompanhante junto com elas.

Estou ciente que nesta maternidade não é rotina permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Assim, estarei ajudando para que se conheça melhor as vantagens ou desvantagens de ter um acompanhante com a mulher até que ela ganhe o bebê.

Sei que participarei de um sorteio, que decidirá se eu farei parte do grupo de mulheres que terá um acompanhante ou não. Caso eu fique no grupo com acompanhante, poderei escolher uma pessoa que permanecerá comigo até ganhar o bebê. Mas se eu ficar no grupo sem acompanhante, sei que apesar de não estar tendo este benefício, poderei estar ajudando outras mulheres que talvez possam ter um acompanhante quando ganharem o seu bebê.

Estou ciente de que a pessoa de minha escolha receberá orientações sobre o que pode ou não fazer enquanto estiver comigo e terá direito de decidir se quer ou não participar da pesquisa. Caso a pessoa de minha escolha não aceite, eu poderei escolher outra que queira. Ela também poderá deixar de me acompanhar em qualquer momento, caso os médicos e enfermeiras peçam para ela sair, ou se ele quiser deixar de me acompanhar.

Me explicaram que depois que eu ganhar o bebê, quando eu já estiver no quarto, serão feitas umas perguntas para saber como foi o trabalho de parto e o parto e como estou amamentando meu bebê.

Me informaram de que não estarei correndo nenhum risco decorrente de estar participando da pesquisa. Me garantiram que todas as informações colhidas serão confidenciais e que meu nome será mantido em sigilo. Também fui informada que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje e que em qualquer momento posso desistir de participar da pesquisa, sem que isto prejudique o meu atendimento na maternidade.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enfª Odaléa Maria Brüggemann no Centro Obstétrico ou pelos telefones: (019) 91228492 e (019) 39031997, das 8 às 18 horas; ou fazer contato com o Comitê de Ética e Pesquisa pelo telefone: (19) 3788-8936

Sumaré, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_

Assinatura da parturiente: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal (caso seja adolescente): \_\_\_\_\_

## 9.10. Anexo 10 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Acompanhante

### Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_

Abaixo-assinado(a), fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa para saber se o trabalho de parto e o parto da mulher que possui um acompanhante, escolhido por ela, que ficará ao seu lado até o bebê nascer é igual ou diferente do trabalho de parto da mulher que não tem este acompanhante. Esta pesquisa também quer saber o que as mulheres acham sobre a experiência de ganhar o bebê. Além disso, os médicos e enfermeiras serão entrevistados para que possam dizer como foi ter atendido as mulheres que tiveram um acompanhante junto com elas.

Estou ciente que nesta maternidade não é rotina permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Minha participação será aceitar ser acompanhante de \_\_\_\_\_, assim eu poderei ficar com ela até o bebê nascer. Fui informado(a) verbalmente e por escrito sobre o meu papel, ou seja, que eu posso ou não fazer enquanto estiver no centro obstétrico. Receberei um atestado de comparecimento, isto é, que pode justificar a minha falta ao serviço durante o tempo que estou como acompanhante.

Também estou ciente de que em qualquer momento, se houver necessidade, os médicos e enfermeiras poderão pedir para que eu me retire do setor. Se isto acontecer, e eu aceitarei sair sem nenhum problema.

Me informaram que irão fazer algumas perguntas sobre mim e serei entrevistado(a), para que eu fale sobre como me senti com a experiência de ser acompanhante. Para tanto, permitirei que a entrevista seja gravada. Foi-me garantido que tudo que eu responder será confidencial e que meu nome será mantido em sigilo. Inclusive as fitas gravadas serão destruídas, assim que terminar a pesquisa.

Me informaram que não estarei correndo nenhum risco decorrente de estar participando da pesquisa. E que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje e que em qualquer momento posso desistir de participar da pesquisa, sem que isto prejudique o atendimento da mulher que estou acompanhando.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enfa Odaléa Maria Bruggemann no Centro Obstétrico ou pelos telefones: (19) 91228492 e (19) 3903-1997, das 8 às 18 horas; ou fazer contato com o Comitê de Ética e Pesquisa pelo telefone: (19) 3788-8936

Sumaré, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_

Assinatura do acompanhante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal (caso seja adolescente): \_\_\_\_\_

### **9.11. Anexo 11 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional de Saúde**

#### **Influência do acompanhante na evolução do parto, na satisfação da parturiente e na percepção do profissional de saúde**

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa para conhecer a influência da presença do acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto e parto, na satisfação da parturiente e conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a experiência de prestar assistência com o acompanhante presente.

A minha participação consistirá em aceitar ser entrevistado(a), para que eu fale sobre o que eu achei da experiência de prestar assistência obstétrica com o acompanhante da parturiente presente. Para tanto, permitirei que a entrevista seja gravada. Foi-me garantido que: as fitas serão destruídas, assim que terminar a pesquisa; todas as informações colhidas serão confidenciais e meu nome será mantido em sigilo. Também fui informado(a) que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta sobre a experiência de ter um acompanhante, e em qualquer momento posso desistir de participar desta pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Estou ciente de que posso falar o que realmente penso, sem que isto interfira na minha rotina de trabalho. Assim, aceito voluntariamente participar da pesquisa. Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enfª Odaléa Maria Bruggemann no Centro Obstétrico ou pelos telefones: (019) 91228492 e (019) 39031997, das 8 às 18 horas; ou fazer contato com o Comitê de Ética e Pesquisa pelo telefone: (19) 3788-8936

Sumaré, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

Assinatura do profissional: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_